



ALLEGATO D1(*)

Al Direttore del Dipartimento di
Scienze Medico-Chirurgiche e di
Medicina Traslazionale
Az. Ospedaliera Sant'Andrea
Sapienza Università di Roma
Via di Grottarossa 1035-1039

Con la presente io sottoscritto ALESSANDRO CIOMPI

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato testo unico per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

dichiaro

per le finalità di cui all'art. 15, comma 1 lett. c) del Decreto Legislativo 33/2013 (Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni).

di non svolgere incarichi, di non rivestire cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione, né di svolgere attività professionali.

ovvero

di svolgere i seguenti incarichi o rivestire le seguenti cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione ovvero di svolgere le seguenti attività professionali:

Roma li, 24/07/2016

Firma

Alessandro Ciompi

(*) Tale documento sarà utilizzato per la pubblicazione sui siti web DI Ateneo e di Dipartimento (D.lg.vo 33/2013 a norma dell'art. 1, comma 35, Legge 190/2012)