

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

Con la presente io sottoscritta

Begini Paola

Ai sensi dell' artt 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000 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

Di non svolgere incarichi, di non rivestire cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

Dichiaro altresì di svolgere attività libero professionale.

Roma , 23/02/2017

Firma

