

**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 sottoscritta **Flavia Santoboni**, nata a Roma (prov. RM) il 19/02/1978

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

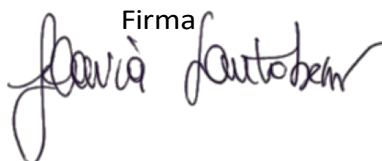
per le finalità di cui all'art. 15, comma 1 lett.c) del Decreto Legislativo 33/2013 (Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni).

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

ovvero

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

Roma, lì 09/08/2017

Firma


(*) 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)