

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 Silvia Fiorelli, nata a Roma il 07/03/1984 e residente a Formello (Prov. RM) in Via Perazzeta 4960 Cap 00060

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.

Dichiaro altresì, di svolgere la seguente attività professionale: medico anestesista-rianimatore presso Salvator Mundi International Hospital (ente privato).

Roma 11/11//2017

*Silvia Fiorelli*