

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 Fabio Turco

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

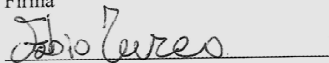
per le finalità di cui all'art.15, comma 1 lett.e) del Decreto Legislativo 33/2013 (Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni).

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:

Docente supplente non di ruolo con orario inferiore al 50% delle ore totali presso Istituto Statale di Istruzione Superiore Isabella D'Este-Caracciolo di Napoli (ente pubblico).

Napoli li, 19/12/2017

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)