

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA (ARTT. 46 e 47 D.P.R. N. 445/2000)

Il sottoscritto OMAR TRIPOLINO

nato/a _____ (Prov. _____) il _____

codice fiscale _____

Residente in _____ (Prov. _____)

Via _____ n. _____ CAP _____

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, in relazione al rinnovo dell'assegno di ricerca dal titolo Tireopatie autoimmuni: screening di laboratorio delle comorbilità immunomediate e del rischio cardiovascolare nel SSD MED/05

DICHIARA, sotto la propria responsabilità,

di non trovarsi in situazioni, anche potenziali di conflitto di interessi con l'Università degli Studi "Magna Græcia" di Catanzaro, ai sensi dell'art. 53, comma 14 del D.Lgs. n. 165/2001.

Omar Tripolino

(Data) 24/01/2024

(Firma del dichiarante)

Si allega copia del documento di identità.