





# UNIVERSITÀ degli STUDI MAGNA GRÆCIA di CATANZARO

Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche

## SEZIONE II — ATTIVITA' PROFESSIONALE



di non svolgere attività professionale

ovvero

- di svolgere la seguente attività professionale (*indicare tipologia, denominazione ente/società/studio*)

Il sottoscritto/a dichiara inoltre di non avere grado di parentela o affinità, fino al quarto grado compreso, con il Professore appartenente al Dipartimento che ha richiesto l'autorizzazione per il suindicato contratto ovvero il Magnifico Rettore, il Direttore Generale o un componente del Consiglio di Amministrazione dell'Ateneo e che non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse ai sensi della normativa vigente e del codice etico dell'UMG.

16/04/2024  
(luogo, data)

*Firma autografa omessa ai  
sensi dell'art. 3 d.lgs. 39/1993.*

Il/La dichiarante