

UNIVERSITÀ degli STUDI MAGNA GRÆCIA
di CATANZARO

Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Nome

C	A	T	E	R	I	N	A						
---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--

 Cognome

T	R	I	C	O	C	I							
---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--

Nato/a a

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Provincia II Codice Fiscale

Residente in _____

[illegible]

Cap	
-----	--

a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti del citato D.P.R. n. 445/2000 e sotto la propria personale responsabilità:

DICHARA

relativamente a quanto disposto dal Dlgs. 33/2013 art. 15 c. 1, lettera e):

SEZIONE I — INCARICHI E CARICHE

☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione;

ovvero

- di svolgere i seguenti incarichi e/o avere le seguenti titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione;

Ente	Tipologia incarico	Importo percepito	Periodo



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.

CATANZARO, 09/05/2025
(luogo, data)

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

Il/La dichiarante