



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

Nome H E L E N L I N D A _____ Cognome M O R R O N E _____

[illegible]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

- 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 28/08/25
(luogo, data)

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

Il/La dichiarante