



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

Nome Cognome

Nato/a a

Provincia Il Codice Fiscale

Residente in

Via

Cap

DICHARA

SEZIONE I — INCARICHI E CARICHE

ovvero

- | Ente | Tipologia incarico | Importo percepito | Periodo |
|------|--------------------|-------------------|---------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |



UNIVERSITÀ degli STUDI MAGNA GRÆCIA di CATANZARO

Dipartimento di Scienze della Salute

SEZIONE II — ATTIVITA' PROFESSIONALE

☒ di non svolgere attività professionale

ovvero

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

Il/La 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 13/09/2022
(luogo, data)

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

Il/La dichiarante

(..) Ai sensi dell'art.38 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta insieme alla fotocopia di documento del dichiarante.