



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*)

CONSULENZA e/o AZIENDA OSPEDALIERA
S. MARIA DI TERMI (TA)

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.

22/06/26
(luogo, data)

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

Il/La dichiarante