



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

DIPARTIMENTO MEDICINA TRASLAZIONALE

Via Solaroli, n. 17 – 28100 Novara

COLLABORATORI
***Dichiarazione ai sensi dell'art. 15 del D.Lgs. 33/2013 in
dichiarazione sostitutiva di atto notorio***

Io sottoscritto _____ nato a _____ (____)
il ____/____/____ e residente in _____ (____)
in Via _____ n. _____ in
veste di collaboratore (lettera prot. n. _____ del ____/____/____)

**Consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali
di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi**

DICHIARA

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

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o non 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
(*indicare titolo dell'incarico/carica, denominazione ente, durata dell'incarico/carica, compenso*)



SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale

ovvero

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

SEZIONE III – CONFLITTO DI INTERESSI

- ☐ di non avere grado di parentela o di affinità, fino al quarto grado compreso, con un professore appartenente al dipartimento o alla struttura che effettua la chiamata ovvero con il rettore, il direttore generale o un componente del consiglio di amministrazione dell'Ateneo”.

Data ____/____/____

Firma
