# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI ALTRI INCARICHI O CARICHE O ATTIVITA’ PROFESSIONALI

(ART. 15 COMMA 1 LETT. C DEL D.LGS.33/2013)

Il/La sottoscritto/a ………………………………. in relazione all’incarico di …………

DICHIARA

# ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del d.P.R. 445/2000:

1. con riferimento ai dati relativi allo svolgimento di **incarichi** in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

❏ di NON svolgere incarichi in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

❏ di svolgere i seguenti incarichi in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| n | Ente | incarico | durata | Gratuito  si/no |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. con riferimento ai dati relativi alla titolarità di **cariche** in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

❏ di NON avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

❏ di avere la titolarità delle seguenti cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| n | Ente | carica | durata | Gratuita  si/no |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. con riferimento ai dati relativi allo svolgimento di **attività professionali**

❏ di NON svolgere attività professionali

❏ di svolgere le seguenti attività professionali

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| n | Attività professionale | dal | note |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. dichiara, altresì, l'insussistenza di situazioni anche potenziali, di conflitto di interessi, ai sensi dell'art. 53, comma 14 del D. Lgs. n. 165/2001, con l'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

Si impegna infine

1. a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni che interverranno nel corso dell’incarico.

Data Firma

# Mod. dichiarazione assenza incompatibilità

Io sottoscritt …. ……………………………………….., nat…. a …………………………….

il ……………………… , in relazione all’incarico di docenza nell’ambito di….

………………………….. per n. ….. ore (titolo dell’intervento) “…………………………..…”, da realizzare nel periodo ,

D I C H I A R O

sotto la mia responsabilità che l’incarico di docenza in parola non presenta elementi di incompatibilità oggettiva e/o soggettiva con altri incarichi o contratti eventualmente in essere attivati a mio nome.

Dichiaro altresì di essere consapevole delle sanzioni previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia in caso di dichiarazioni mendaci.

Roma, lì ……………

In fede

…………………………………..