

**OGGETTO: DICHIARAZIONE SULL'ESISTENZA DI POTENZIALI CONFLITTI DI  
INTERESSE, SULLO SVOLGIMENTO DI EVENTUALI INCARICHI E/O  
TITOLARITA' DI CARICHE**

Il/la sottoscritto/a, PAOLA ROSASSO

nato/a a..... il .....

**DICHIARA**

sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle conseguenze penali previste dall'art. 76 del Testo Unico di cui al D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, relativamente all'incarico di **attività di docenza per l'insegnamento "Dispensazione degli antitumorali e ottimizzazione dei percorsi terapeutici"** per n. ore 8 nell'ambito del Master di II livello in Farmacia Clinica: Compounding Oncologico A.A. 2015/16.

**CHE**

1) ai sensi dell'art. 53, comma 14, del D. Lgs. n. 165/2001 e succ. mod. ed integr.:  
(barrare una delle due seguenti ipotesi)

di trovarsi nelle seguenti situazioni potenziali di conflitto d'interesse (specificare di seguito)

.....

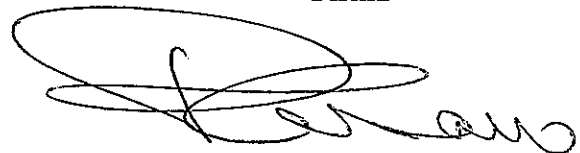
di NON trovarsi in nessuna situazione, anche potenziale, di conflitto d'interessi.

Il/La sottoscritt, unisce alla presente dichiarazione la fotocopia del seguente documento di identità:

....., n. ....  
rilasciato da .....  
.....

(luogo e data) Torino, 18/04/15

Firma



Oggetto: Informazioni di cui all'art. 15, c. 1, lett. c) del Decreto Legislativo n. 33/2013.  
Dichiarazione sostitutiva ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii.

Con la presente il /la sottoscritt/a PASCA ROSA SP

nat. a. .... il .....

(prov. ....), in qualità di DOLENTE MASTER per le finalità di  
cui FARMACIA CLINICA

all'art. 15, comma 1, D. Lgs. n. 33/2013

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall' art. 76 del citato testo unico per

le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

di non svolgere incarichi, di non rivestire cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione né di svolgere attività professionali

Ovvero

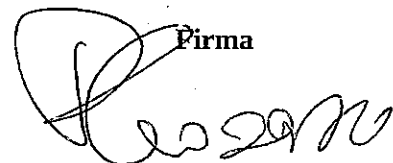
di svolgere i seguenti incarichi o di rivestire le seguenti cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione ovvero di svolgere le seguenti attività professionali:

DIRIGENTE FARMACISTA OSPEDALIERO  
PRESSO ADU CITTÀ DELLA SALUTE  
E DELLA SCIENZA DI TORINO

Il/La sottoscritt/a unisce alla presente dichiarazione la fotocopia del seguente documento di identità:

....., n. ....  
rilasciato da ..... il .....

(luogo e data) Torino, 18.06.16

Pirna  


**OGGETTO: DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO AI SENSI  
DELL'ART. 47 DEL D.P.R. 20.12.2000 N. 445.**

Il/la sottoscritt A. PALLA ROSA

nato/a a..... (prov.) il ..... residente in

.....(prov. ....) via .....

cap..... Tel. N. ....

Consapevole che, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, e consapevole che ove i suddetti reati siano commessi per ottenere la nomina ad un pubblico ufficio, possono comportare, nei casi più gravi, l'interdizione dai pubblici uffici;

**DICHIARA**

Di non avere alcun grado di parentela o di affinità, fino al IV grado compreso, con un professore appartenente al Dipartimento o alla Struttura richiedente l'attivazione del contratto, ovvero con il Rettore, il Direttore Generale, o un componente del Consiglio di Amministrazione dell'Ateneo.

Il/La sottoscritt A unisce alla presente dichiarazione la fotocopia del seguente documento di identità:

....., n. ....

rilasciato da .....  
.....

(luogo e data) Torino, 18/09/15

**Firma**

