

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

Il/la sottoscritto/a, SCORSONE CATERINA

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 di "Approvvigionamento dei farmaci antiblastici – gare centralizzate di acquisto: stesura di capitolati" per n. ore 10 nell'ambito del Master di II livello in Farmacia Clinica: Compounding Oncologico A.A. 2015/16.

CHE

I) 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 sottoscritto/a unisce alla presente dichiarazione la fotocopia del seguente documento di identità:

rilasciato da il

(luogo e data) R. BERA / 13 / 6 / 16

Firma

Caterina Scorsone

Oggetto: Informazioni di cui all'art. 15, c. I, 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 SCORSONE CATE RINA

nat A a il

(prov.), in qualità di FARMACISTA per le finalità di cui all'art. 15, comma I, 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:

ATTIVITÀ DI FARMACISTA A CONTRATTI C.C. PRO
NESSO ASP - AG

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

..... n.
rilasciato da il

(luogo e data) RIBERA 13/6/16/

Firma

Corne Scorse

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

Il/la sottoscritt A. SCORRUSO CITRINA

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 il

(luogo e data) RIBERA 13/4/16

Firma

