

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

Il/la sottoscritto/a, MARGHERITA BELFIORE

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 Docente per l'insegnamento di "Stoccaggio e conservazione dei farmaci antiblastici" per n. ore 6

**CHE**

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

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

.....

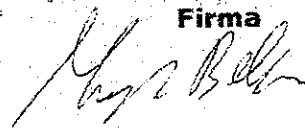
di NON trovarsi in nessuna situazione, anche potenziale, di conflitto d'interessi.

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

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

(luogo e data) MESSINA 20/04/2016

Firma



ALL. "B"

Al Direttore del Dipartimento di  
Scienze ChiBioFarAm  
SEDE

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

MARCHELLA BECCIONE

nat

a

il

(prov. ~~.....~~),  
finalità di cui

in qualità di

FARMACISTA OSPEDALIERA UFA

per le

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:

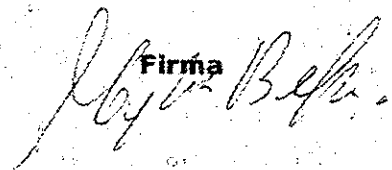
Il/La sottoscritt/a, unisce alla presente dichiarazione la fotocopia del seguente  
documento di identità:

rilasciato da

(luogo e data)

MEPPA UFA, 29.06.2014

Firma



ALL."C"

Al Direttore del Dipartimento di  
Scienze ChiBioFarAm  
SEDE

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

Il/la sottoscritt A. BELFIORE PARCHELISA

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:

.....

rilasciato da ..... il

.....

(luogo e data) Atene, 20/04/2016

Firma

