

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

Il sottoscritto Giuseppe Bellavia nato a ()

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 "Cannabinoidi in oncologia: dalla normativa alle preparazioni" per n. ore 6 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)

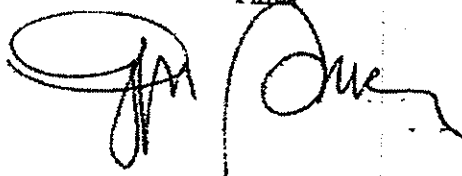
di trovarsi nelle seguenti situazioni potenziali di conflitto d'interesse (specificare di seguito)

.....

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

Il sottoscritto, unisce alla presente dichiarazione la fotocopia del seguente documento di identità:

(luogo e data) Messina 08/04/2016

Firma


ALL. "B"

Al Direttore del Dipartimento di
Scienze ChiBioFarAm
SEDE

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 GIUSEPPE BOLLAVIA

nat. a 19/01/1971 il 19/01/1971

(prov. CT), in qualità di DOCENTE MASTER FARMACIA CLINICA 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

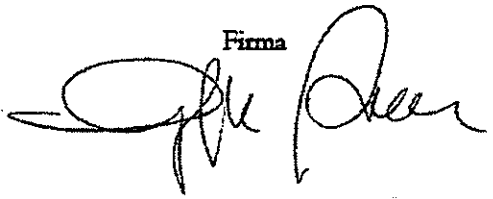
di svolgere i seguenti incarichi o di rivestire le seguenti cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione ovvero di svolgere le seguenti attività professionali:

CAPO DIPARTIMENTO DEL FARMACO ASO
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI AGRIGENTO

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

Passaporto, n. 501234567,
rilasciato da Consolato Italiano il 15/01/2016

(luogo e data) MESSINA 08/04/2016

Firma


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

Il/la sottoscritt GIUSEPPE BELLAVIA

nato/a a Messina (prov. ME) il 08/01/1965 residente in

via (prov. ME) via via

cap. 98013 Tel. N. 0965/201304

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 Q unisce alla presente dichiarazione la fotocopia del seguente documento di identità:

Messina, n. 0801304

rilasciato da Carabinieri il 08/01/2016

(luogo e data) MESSINA 08/01/2016

Firma 