

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

Il/la sottoscritto/a, SALVATORE PALAZZO

nato/a a [illegible] il [illegible]

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 "Green oncology" per n. ore 6

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

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

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

(luogo e data) Cozzona 11/05/2016

Firma  
Salvatore Palazzo

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 \_\_\_\_\_ SAVATORE PAIAZZO

nat. o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

(prov. \_\_\_\_\_), in qualità di \_\_\_\_\_ 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:

..... DIRETTORE DI UNITA' OPERATIVA COMPLESSA  
..... DI ONCOLOGIA MEDICA DELL'AZIENDA  
..... OSPEDALIERA DI COSENZA .....

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

....., il \_\_\_\_\_,  
rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

(luogo e data) Perugia 11/05/2016

Firma  
Savatore Paiazzo

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

Il/la sottoscritt Q SALVATORE PALORU

nato/a a SAVERUSA (prov.) il 21/05/1973 residente in

SAVERUSA (prov. ....) via VIA S. GIUSEPPE 29

cap. 07010 Tel. N. 070/666621

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

Passaporto, n. 123456789

rilasciato da Ministero degli Interni il 12/05/2016

(luogo e data) OS 11/05/2016

Firma  
Salvatore Paloru