



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA COMPLESSIVA DI ATTO DI NOTORIETA' INSUSSISTENZA CONFLITTO INTERESSI E ASSENZA DI SITUAZIONI DI INCOMPATIBILITA'

(ai sensi dell'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, numero 445
e successive modifiche e integrazioni)

Il sottoscritto COPPOLA LUIGI, nato a _____

il _____ consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti a seguito di dichiarazioni non veritiere (ai sensi degli articoli 75 e 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, numero 445), con riferimento all'incarico di docenza dell'insegnamento di NUTRIZIONE CLINICA E DIETETICA APPLICATA

_____ nell'anno accademico 2024/2025, sotto la propria responsabilità dichiara (**barrare le voci di interesse**):

☒ **di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dall'articolo 3 del Bando di Selezione pubblica**

☒ **di non trovarsi in alcuna delle situazioni di conflitto di interesse, anche potenziale, così come previsto dal comma 41 della Legge 6 novembre 2012, n. 190 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e della illegalità nella pubblica amministrazione", dall'articolo 7 del Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62 "Regolamento recante Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165", e dagli articoli 6 e 7 del "Codice di Comportamento della Università degli Studi del Sannio"**

OVVERO

di trovarsi nella seguente situazione: _____

3) ai sensi dell'articolo 15 del Decreto Legislativo 14 marzo 2013, numero 33:

- ☐ **di essere titolare dei seguenti incarichi e/o cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati pubbliche amministrazioni (indicare gli incarichi e/o le cariche rivestiti/e e l'ente privato conferente)**

OVVERO

☒ **di non essere titolare di incarichi o di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati da pubbliche amministrazioni;**

☒ **di svolgere l'attività professionale di:** MEDICO CHIRURGO



Il sottoscritto dichiara di aver preso visione del “Regolamento in materia di Protezione dei Dati Personali in attuazione del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Decreto Legislativo 30 Giugno 2003, N. 196 “Codice In Materia Di Protezione Dei Dati Personali” come modificato dal Decreto Legislativo 10 Agosto 2018, N. 101”, emanato con Decreto Rettoriale del 23 Settembre 2019 N. 871 e pubblicato sul sito web di Ateneo alla pagina:

<https://www.unisannio.it/sites/default/files/sito/cover-page/allegati/it/Regolamento%20privacy%20Unisannio%20pdf.pdf>

Data

Firma*

* firmare con firma digitale con modalità PAdES