ALLEGATO D

Al Direttore del Dipartimento di Sanità
Pubblica e Malattie Infettive
della "Sapienza" Università di Roma
P.le Aldo Moro n. 5
00185 ROMA

OGGETTO: Informazioni di cui all'art. 15, c. 1, lett. c) del Decreto Legislativo n. 33/2013 (Riordino della, da parte delle strutture in indirizzo, disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni) - Dichiarazione sostitutiva ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii.

Con la presente, la sottoscritta, ALESSANDRA OLIVA, nata il 09/12/1981 a Roma (prov.RM), in qualità di medico specialista in Malattie Infettive per le finalità di cui all'art. 15, c.1 del 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 svolgere saltuarie attività libere professionali

La sottoscritta, unisce alla presente dichiarazione la fotocopia del seguente documento di identità:
Passaporto n° AA3246401, rilasciato dalla Questura di Roma il 02/07/2008.

Roma, 15/12/2014

FIRMA