

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
**(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

**resa ai sensi dell'art.15 c.1, lett. c) del Dlgs 33/2013**

-----

Il sottoscritto LUCA MAESTRONI

nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, relativamente a quanto disposto dal DLgs 33/2013 art. 15 c.1 lettera c) con riferimento all'incarico di DOCENZA Corso di Perfezionamento in "Esercizio terapeutico e strategie relazionali in fisioterapia 2023/2024 conferito dall'Università degli Studi del Molise,

**DICHIARA**

di **non** svolgere incarichi regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione;

di svolgere n.2 incarichi di docenza regolato/i o finanziato/i dalla pubblica amministrazione presso Università degli Studi Di Siena e Bicocca

di **non** avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolate o finanziate dalla pubblica amministrazione;

di avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolate o finanziate dalla pubblica amministrazione presso \_\_\_\_\_

di svolgere attività di tipo professionale.

Il sottoscritto dichiara inoltre, rispetto al suddetto incarico, che non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse con l'Università degli Studi del Molise.

Luogo e data

Bergamo 1/03/2024

FIRMA AUTOGRAFA OSCURATA  
AI SENSI DEL RGPD 2016/679