

**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 CARBOTTI Domenico

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\_Master biennale in "Fisioterapia Muscoloscheletrica e Reumatologica"* – A.A. 2023/2024 e 2024/2025 conferito dall'Università degli Studi del Molise,

**DICHIARA**

di non svolgere incarichi regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione;

**X** di svolgere n. 1 incarico/incarichi regolato/i o finanziato/i dalla pubblica amministrazione presso  
ASL Bari

**X** 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 \_\_\_\_\_

**X** di non 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

Noci 5/01/2024

FIRMA AUTOGRAFA OSCURATA  
AI SENSI DEL RGPD 2016/679