

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

Cavalcanti Raffaele _____

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 Universitario di II livello in "Parodontologia ed Implantologia" a.a. 2022/2023* conferito dall'Università degli Studi del Molise,

DICHIARA

- ☐ di non svolgere incarichi regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione;
- ☐ di svolgere n. 1 incarico/incarichi regolato/i o finanziato/i dalla pubblica amministrazione presso Università di Catania professore a contratto
- ☐ 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.

Bari, **12 gennaio 2023**

FIRMA AUTOGRAFA OSCURATA
AI SENSI DEL RGPD 2016/679