

## ALLEGATO C

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIEtà

(ai sensi dell'art. 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28.12.2000, numero 445 e successive modifiche e integrazioni).

Il/La sottoscritto Fabrizio Fattorini, nato a Roma il 20.06.1956 consapevole delle sanzioni penali 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), sotto la propria responsabilità dichiara:

CARICHE ASSUNTE PRESSO ENTI PUBBLICI O PRIVATI regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione			
Carica assunta	Denominazione Ente	Durata	Compenso
Ricercatore Confermato – Dirigente Medico	“Sapienza” Università di Roma	Tempo indeterminato dal 2.01.1990 a tutt'oggi	80587,22 annuo
Eventuali annotazioni:			

ALTRI INCARICHI CON ONERI A CARICO DELLA FINANZA PUBBLICA			
Tipologia incarico	Denominazione Committente	Durata	Compenso
Eventuali annotazioni:			

CARICHE DI AMMINISTRATORE O SINDACO DI SOCIETÀ		
Tipo di carica	Denominazione della società (anche estera)	Attività economica svolta
Eventuali annotazioni:		

ATTIVITA' PROFESSIONALE SVOLTA
MEDICO ANESTESISTA

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'art. 7 del Decreto del Presidente della Repubblica 2013, n. 62 “Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'art. 54 del Decreto legislativo 30.03.2001, n. 165 e degli artt. 6 e 7 del “ codice di comportamento dell'Università degli studi dell'Aquila.

Il sottoscritto dichiara di aver letto l'informativa ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30.06.2003, n. 196, che contiene “Codice in materia di protezione dei dati personali”, allegata alla presente dichiarazione e accetta i termini e le condizioni di trattamento dei dati personali con le modalità e finalità ivi indicate. Il sottoscritto allega copia di un documento di riconoscimento in corso di validità legale.

Data 18/05/18

Firma 