

Il sottoscritto, ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali previste dalla legge in caso di dichiarazioni non veritiere, dichiara:

NOME FABIO

COGNOME BOCCI

DATA E LUOGO DI NASCITA 22-10-1964

CITTADINANZA ITALIANA

CODICE FISCALE/PARTITA IVA BCCFBAG6R22H5010

RESIDENZA

Via TUSCOLANA n. 946 comune ROMA PROV RM CAP 00174

STRUTTURA DI APPARTENENZA DIPARTIMENTO SCIENZE DELLA FORMAZIONE

ENTE DI APPARTENENZA UNIVERSITA' ROMA TRE

di non avere rapporto di coniugio o un grado di parentela o di affinità, fino al quarto grado compreso, con un professore appartenente al Dipartimento che ha richiesto il bando, con un componente del Comitato Paritetico Ordinatore del Corso di specializzazione per le attività di sostegno didattico agli alunni con disabilità, nonché con la Rettrice, il Direttore Generale o un componente del Consiglio di Amministrazione dell'Ateneo.

Data

Firma
