

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: ENZO

COGNOME: SECHI

DATA E LUOGO DI NASCITA : SASSARI 29.11.1950

CITTADINANZA: ITALIANA

CODICE FISCALE: SCHNZE50S29I452Q

RESIDENZA: Via CAPODISTRIA n. 13 Comune ROMA PROV. (RM) CAP 00198

STRUTTURA DI APPARTENENZA: Dipartimento di Medicina Clinica, Sanità Pubblica, Scienze della Vita e dell'Ambiente

ENTE DI APPARTENENZA : UNIVERSITA' DEGLI STUDI DELL'AQUILA

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: 07 Aprile 2016

Firma
Enzo Sechi
