



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

ex art. 47 D.P.R. 445/00 e s.m.i.

AAGG_MOD-D47-1
Rev. 2 – 05/03/20

UOC Affari generali

Il/la sottoscritto/a _____ NICOLETTI CAROLINA GABRI _____

nato/a a _____ COSENZA _____ il ___05/01/1985 _____

A CONOSCENZA

- di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/00 sulle responsabilità penali cui può andare incontro chi rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal vigente T.U. sopracitato;
- di decadere dai benefici conseguiti a seguito di un provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi successivamente mendace;
- che i dati personali forniti, ovvero altrimenti acquisiti nell'ambito dell'azione amministrativa, verranno trattati, anche con strumenti informatici, solo nel rispetto delle procedure previste dagli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 RGDP e dagli obblighi di riservatezza cui è ispirata l'attività di questa azienda.

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' 1

la non sussistenza di cause di incompatibilità ed ostative con le attività previste dal rapporto di collaborazione/consulenza da attivare con la Fondazione PTV "Policlinico Tor Vergata".

la non sussistenza di situazioni di conflitto di interessi con il PTV "Policlinico Tor vergata" ai sensi del D.P.R. 62/2013.

la non sussistenza di situazioni di incompatibilità od ostative alle attività previste dal rapporto di collaborazione/consulenza con particolare riferimento a 2:

_____ DOTTORATO IN NEUROSCIENZE PRESSO UNIVERSITA' DI ROMA TOR VERGATA 20/09/2021

1) prima di rendere la presente dichiarazione, si prega di leggere attentamente quanto riportato sul retro del presente modello.

2) indicare eventuali specifiche situazioni-posizioni.

FIRMA DEL DICHIARANTE

_ F.TO CAROLINA GABRI NICOLETTI

Roma, _____16/04/2021_____

N.B. ALLEGARE alla presente dichiarazione una fotocopia del documento di identità

Il documento di identità deve essere in corso di validità. Per documento di identità si intende la carta di identità ai sensi dell'art. 288 del R.D. 635/40 e dell'art. 36 del t.u. sull'autocertificazione. Il documento di identità può essere altresì sostituito da uno dei seguenti documenti riconosciuti equipollenti ai sensi del c. 2 dell'art. 35 del predetto t.u. passaporto, patente di guida, patente nautica, libretto di pensione, patentino di abilitazione alla conduzione di impianti termici, porto d'armi, tessere di riconoscimento, purché munite di fotografia e di timbro o altra segnatura equivalente, rilasciate da una amministrazione dello Stato.

PUO' ESSERE RESA LA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
DI CUI ALL'ART. 47 DEL D.P.R. 445/00
PER TUTTI GLI STATI, I FATTI E LE QUALITA'
PERSONALI NON ESPRESSAMENTE INDICATI NELL'ART. 46
DELLA NORMA PREDETTA, CHE AD OGNI BUON FINE SI RIPORTA:

Articolo 46 D.P.R. 445/00

Dichiarazioni sostitutive di certificazioni

1. SONO COMPROVATI CON DICHIARAZIONI, ANCHE CONTESTUALI ALL'ISTANZA, SOTTOSCRITTE DALL'INTERESSATO E PRODOTTE IN SOSTITUZIONE DELLE NORMALI CERTIFICAZIONI I SEGUENTI STATI, QUALITÀ PERSONALI E FATTI:

- a) data e il luogo di nascita;
- b) residenza;
- c) cittadinanza;
- d) godimento dei diritti civili e politici;
- e) stato di celibe, coniugato, vedovo o stato libero;
- f) stato di famiglia;
- g) esistenza in vita;
- h) nascita del figlio, decesso del coniuge, dell'ascendente o discendente;
- i) iscrizione in albi, registri o elenchi tenuti da pubbliche amministrazioni;
- l) appartenenza a ordini professionali;
- m) titolo di studio, esami sostenuti;
- n) qualifica professionale posseduta, titolo di specializzazione, di abilitazione, di formazione, di aggiornamento e di qualificazione tecnica;
- o) situazione reddituale o economica anche ai fini della concessione dei benefici di qualsiasi tipo previsti da leggi speciali;
- p) assolvimento di specifici obblighi contributivi con l'indicazione dell'ammontare corrisposto;
- q) possesso e numero del codice fiscale, della partita IVA e di qualsiasi dato presente nell'archivio dell'anagrafe tributaria;
- r) stato di disoccupazione;
- s) qualità di pensionato e categoria di pensione;
- t) qualità di studente;
- U) QUALITÀ DI LEGALE RAPPRESENTANTE DI PERSONE FISICHE O GIURIDICHE, DI TUTORE, DI CURATORE E SIMILI;
- v) iscrizione presso associazioni o formazioni sociali di qualsiasi tipo;
- Z) TUTTE LE SITUAZIONI RELATIVE ALL'ADEMPIMENTO DEGLI OBBLIGHI MILITARI, IVI COMPRESSE QUELLE ATTESTATE NEL FOGLIO MATRICOLARE DELLO STATO DI SERVIZIO;
- aa) di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- bb) di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- bb-bis) di non essere l'ente destinatario di provvedimenti giudiziari che applicano le sanzioni amministrative di cui al decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231;
- cc) qualità di vivente a carico;
- dd) tutti i dati a diretta conoscenza dell'interessato contenuti nei registri dello stato civile;
- ee) di non trovarsi in stato di liquidazione o di fallimento e di non aver presentato domanda di concordato.(R)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI ALTRI
INCARICHI O CARICHE O ATTIVITA' PROFESSIONALI
(ART. 15 COMMA 1 LETT. C DEL D.LGS.33/2013)**

Il/La sottoscritto/a CAROLINA GABRI NICOLINI nato/a a
COSENZA il 5/01/1985 e residente in
BISISNANO alla via CORRADO ALVARO 12 codice fiscale
NCLCIN85A45D086L p.iva 03585820784

in relazione all'incarico di

LIBERO PROFESSIONALE MEDICO SPECIALISTA
IN NEUROLOGIA

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del d.P.R. 445/2000:

A. con riferimento ai dati relativi allo svolgimento di incarichi in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

di NON svolgere incarichi in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

di svolgere i seguenti incarichi in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

n	Ente	incarico	durata	Gratuito si/no

B. con riferimento ai dati relativi alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

di NON avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

di avere la titolarità delle seguenti cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

n	Ente	carica	durata	Gratuita si/no

C. con riferimento ai dati relativi allo svolgimento di attività professionali

di NON svolgere attività professionali

di svolgere le seguenti attività professionali

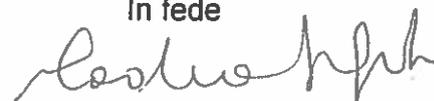
n	Attività professionale	dal	note
	ATTIVITÀ SPECIAUSINCA LIBERO PROFESSIONE	NOVEMBRE 2018	

Si impegna infine

D. a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni che interverranno nel corso dell'incarico.

Rota il 11/04/2019

In fede



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
ex art. 47 D.P.R. 445/00 e s.m.i.

Il/la sottoscritto/a CAROLINA GIABAI NICOLASTI

nato/a a COSSENZA il 5/01/1985

A CONOSCENZA

- di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/00 sulle responsabilità penali cui può andare incontro chi rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal vigente T.U. sopracitato;
- di decadere dai benefici conseguiti a seguito di un provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi successivamente mendace;
- che i dati personali forniti, ovvero altrimenti acquisiti nell'ambito dell'azione amministrativa, verranno trattati, anche con strumenti informatici, solo nel rispetto delle procedure previste dagli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 RGDP e dagli obblighi di riservatezza cui è ispirata l'attività di questa azienda.

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

di essere iscritto al I° anno del Dottorato di Ricerca in NEUROSCIENZE
presso l'Università
ROMA TOR VERGATA Ciclo XXXIV

di percepire la relativa borsa di studio e di essere autorizzato dal Collegio dei docenti a svolgere attività retribuite

di non percepire la relativa borsa di studio

la non sussistenza di cause di incompatibilità ed ostative con le attività previste dal rapporto di prestazione d'opera libero professionale da attivare con la Fondazione PTV "Policlinico Tor Vergata".

la non sussistenza di situazioni di conflitto di interessi con il PTV "Policlinico Tor vergata" ai sensi del D.P.R. 62/2013.

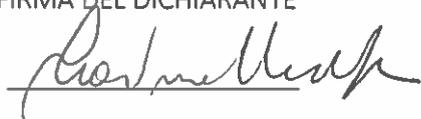
la non sussistenza di situazioni di incompatibilità od ostative alle attività previste dal contratto di prestazione d'opera in regime libero - professionale con particolare riferimento a ²:

¹) prima di rendere la presente dichiarazione, si prega di leggere attentamente quanto riportato sul retro del presente modello.

²) indicare eventuali specifiche situazioni-posizioni.

FIRMA DEL DICHIARANTE

Roma, 11/04/2014



N.B. ALLEGARE alla presente dichiarazione una fotocopia del documento di identità²

¹ PRIMA DI RENDERE LA DICHIARAZIONE SI PREGA DI LEGGERE ATTENTAMENTE QUANTO RIPORTATO SUL RETRO DEL PRESENTE MODELLO.

² Il documento di identità deve essere in corso di validità. Per documento di identità si intende la carta di identità ai sensi dell'art. 288 del R.D. 635/40 e dell'art. 36 del t.u. sull'autocertificazione. Il documento di identità può essere altresì sostituito da uno dei seguenti documenti riconosciuti equipollenti ai sensi del c. 2 dell'art. 35 del predetto t.u. passaporto, patente di guida, patente nautica, libretto di pensione, patentino di abilitazione alla conduzione di impianti termici, porto d'armi, tessere di riconoscimento, purché munite di fotografia e di timbro o altra segnatura equivalente, rilasciate da una amministrazione dello Stato.