



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA COMPLESSIVA DI ATTO DI NOTORIETA', INSUSSISTENZA CONFLITTO INTERESSI E ASSENZA DI SITUAZIONI DI INCOMPATIBILITA'

*(ai sensi dell'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, numero 445
e successive modifiche e integrazioni)*

Il sottoscritto Immacolata Belviso, nato a _____
il _____ consapevole delle sanzioni penali previste 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), con riferimento all'incarico di docenza dell'insegnamento di
Anatomia e fisiologia-Anatomia umana I, CdL "Scienze motorie per lo sport e la salute" nell'anno
accademico 2025/2026, sotto la propria responsabilità dichiara (**barrare le voci di interesse**):

- 1) **di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dall'articolo 3 del Bando di Selezione pubblica**
- 2) **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'articolo 7 del Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62 "Regolamento recante Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165", e dagli articoli 6 e 7 del "Codice di Comportamento della Università degli Studi del Sannio"**
OVVERO
di trovarsi nella seguente situazione: _____
- 3) ai sensi dell'articolo 15 del Decreto Legislativo 14 marzo 2013, numero 33:

☒ **di essere titolare dei seguenti incarichi e/o cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati da pubbliche amministrazioni (indicare gli incarichi e/o le cariche rivestiti/e e l'ente privato conferente)**

Professoressa associata di Anatomia Umana - CdL in Scienze Motorie - Dipartimento di Psicol
Scienze della Salute - Università Telematica Pegaso

OVVERO

- ☐ **di non essere titolare di incarichi o di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati da pubbliche amministrazioni;**
- ☐ **di svolgere l'attività professionale di:** _____



Il sottoscritto dichiara di aver preso visione del “*Regolamento in materia di Protezione dei Dati Personali in attuazione del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Decreto Legislativo 30 Giugno 2003, N. 196 “Codice In Materia Di Protezione Dei Dati Personali” come modificato dal Decreto Legislativo 10 Agosto 2018, N. 101*”, emanato con Decreto Rettorale del 23 Settembre 2019 N. 871 e pubblicato sul sito web di Ateneo alla pagina:

<https://www.unisannio.it/sites/default/files/sito/cover-page/allegati/it/Regolamento%20privacy%20Unisannio%20pdf.pdf>

Data

Firma*

* firmare con firma digitale con modalità PAdES