

**All.2**  
**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà**  
**(Art. 46 e 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)**

**relativa allo svolgimento di incarichi e/o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione e/o allo svolgimento di Attività professionali (art. 15, c.1, lett. c, D. Lgs. n. 33/2013 e ss.mm.ii.)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ COLAPIETRO \_\_\_\_\_ SERENA \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_  
(luogo di nascita) (data di nascita)

residente a \_\_\_\_\_ ( )  
(luogo) (prov.)

in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
(indirizzo)

in relazione all'incarico di insegnamento **bandito/conferito** con D.D. n. 204 del 2024 della Università del Salento

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

**DICHIARA**

di **svolgere i seguenti incarichi e/o di essere titolare** delle seguenti cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione:

DENOMINAZIONE DELL'ENTE	INCARICO/CARICA	DURATA (dal ____ al ____)

Ovvero

di **NON svolgere incarichi e/o di NON essere titolare** di cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione;

di **svolgere la seguente attività professionale:**

presso ASL Lecce

ovvero

di **NON svolgere attività professionale;**

Dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Lecce, 15/10/2024  
(luogo, data)

Il/La Dichiarante

.....

(..) Ai sensi dell'art.38 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta insieme alla fotocopia di un documento del dichiarante.

