

## DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI PARENTELA

Al Coordinatore del *Centro di Ricerca Interdisciplinare Health Science*  
della Scuola Superiore Sant'Anna

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_  
(prov. \_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_, CF \_\_\_\_\_, residente a  
\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_), in via/p.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,

consapevole che ai sensi degli artt.75 e 76 del D.P.R. del 28/12/00 n° 445, in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti o uso di atti falsi, incorrerà nelle sanzioni penali richiamate e che decadrà immediatamente dalla eventuale attribuzione della borsa di studio,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 18 della L. n. 240/2010, di non possedere un rapporto di parentela o di affinità, fino al 4° grado compreso, con un professore appartenente alla struttura che richiede la procedura di selezione o con il Rettore, il Direttore Generale o un componente del Consiglio di Amministrazione dell'Ateneo.

   sottoscritt\_ dichiara, ai sensi dell'art. 7 del *Codice Etico* della Scuola, di possedere un grado di parentela entro il 4° grado ovvero di affinità entro il 2° grado con:

\_\_\_\_\_  
*(indicare nominativo del personale docente /ricercatore/ tecnico amministrativo della Scuola)*

Data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma del dichiarante)