

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)