



**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 COPPOLA Luigi, nato [REDACTED]  
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 Nutrizione Clinica e Dietetica Applicata nell'anno accademico 2023/2024, sotto la propria responsabilità dichiara (**barrare le voci di interesse**):

1) **di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dall'articolo 4 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"**

3) **OVVERO**  
di trovarsi nella seguente situazione: \_\_\_\_\_

4) 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 pubbliche amministrazioni (indicare gli incarichi e/o le cariche rivestite/e e l'ente privato conferente)**

---

**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 MEDICO-CHIRURGO ( n.1944 O.d.M. BN)**

Il sottoscritto dichiara di aver letto l'Informativa ai sensi dell'articolo 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, numero 196, che contiene "Codice in materia di protezione dei dati personali" e smi e accetta i termini e le condizioni di trattamento dei dati personali con le modalità e per le finalità ivi indicate.



Data, 27/02/2024

Firma\* \_\_\_\_\_

\* firmare con firma digitale con modalità PAdES