



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÄT STUDII BOLOGNENSIS

Dichiarazione Titolari di Incarichi di collaborazione o consulenza

L'Ateneo di Bologna, sulla base delle disposizioni contenute nell'art. 53, comma 14 del D.lgs.165/2001 e nell'art. 15 comma 1 lett. c) del D.lgs. 33/2013 così come modificato dal D.lgs. 97/2016 è tenuto a pubblicare e ad aggiornare l'attestazione dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi e i dati relativi allo svolgimento di incarichi o la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o lo svolgimento di attività professionali.

Pertanto, chiediamo di compilare quanto di seguito riportato. Grazie per la collaborazione.

At/La sottoscritt@/a CARLA CARRIOLI

Ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 e consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia

DICHIARA

- l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi;
- di non svolgere incarichi e né di avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o lo svolgimento di attività professionali;
- di svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione e/o lo svolgimento di attività professionali. In tal caso specificare nell'apposita tabella di seguito riportata:

Cariche/incarichi/attività professionali	Ente/società	Data inizio	Data fine

Luogo e data Bologna, 6 marzo 2025

 ALMA MATER STUDIORUM UNIVERSITÀ DI BOLOGNA	DATI ANAGRAFICI E MODALITÀ DI PAGAMENTO
--	--

Il/La sottoscritto/a		
Cognome	Nome	Sesso
CAPRIOLI	CARLA	F

Data di nascita	Comune di nascita	Prov.
01/04/1953	BOLOGNA	Bo

Codice Fiscale															
C	P	R	C	R	L	5	3	D	4	1	A	9	4	4	G

Domicilio Fiscale al 01/01/2024				
Via	N.	Comune	Prov.	Cap
CALARI	7/2	BOLOGNA	Bo	40122

Residenza e/o Domicilio fiscale successiva all'1/1/2024 (se diverso dal precedente)				
Via	N.	Comune	Prov.	Cap

E-mail*	Telefono	Cellulare
mistocchina@gmail.com	051 6492646	3204619993

*Le comunicazioni relative ai pagamenti verranno inviate di norma agli indirizzi: @unibo.it; @studio.unibo.it

Chiede che il pagamento del compenso venga effettuato mediante:

<input type="checkbox"/> Versamento su c/c bancario/bancoposta/Carta prepagata con le seguenti coordinate IBAN (27 caratteri numerici o alfabetic, senza barre o virgole, come da esempio a lato)	ABI CAB Numero conto corrente IT 96 W 05856 11601 050570111111
---	--

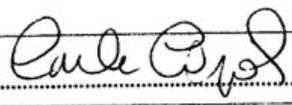
AVVERTENZA: il c/c deve essere intestato o cointestato al dichiarante

CODICE PAESE	CIN IBAN	CIN	ABI	CAB	NUMERO DI CONTO CORRENTE

AVVERTENZA: i titolari di c/c europei ed extra-europei devono indicare anche:

Codice BIC/SWIFT	Codice ABA/ROUTING NUMBER

Io sottoscritto mi impegno a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione dei dati dichiarati.

Data	Firma
6/03/2025	

Importante: allegare sempre, alla presente dichiarazione sostitutiva, la copia di un documento di identità in corso di validità.