

**ALL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI FIRENZE**

DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA'  
(Art.20 D.Lgs. n.39/2013 - soggetta a pubblicazione ex D.Lgs. n.33/2013)

\*\*\*\*\*

Il/La sottoscritto/a PAOLA CHIARUGI, con riferimento all'incarico di DIRETTORE DI DIPARTIMENTO dell'Università degli Studi di Firenze, ai sensi dell'art. 20 del Decreto Legislativo dell'8 aprile 2013, n. 39, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci,

**DICHIARA**

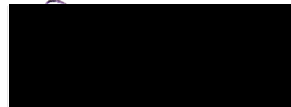
che, rispetto a quanto già precedentemente dichiarato, non sono intervenute cause di incompatibilità ai sensi del medesimo decreto legislativo dell' 8 aprile 2013, n. 39.

Il sottoscritto si impegna altresì a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione.

Luogo e data

FIRENZE 25/10/2019

firma

A solid black rectangular box used to redact the signature of the declarant.