



## *Istituto Superiore di Sanità*

**DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA'/INCOMPATIBILITÀ**  
**(art. 20 D.LGS. 8-4-2013 N. 39)**  
**ANNO 2023**

Il/La sottoscritto/a Elena Ortona in qualità di Direttore Struttura Tecnico Scientifica dell'Ufficio/Struttura Centro di riferimento Medicina di Genere **consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del DPR 445/2000, sotto la sua personale responsabilità**

### DICHIARA

- a) X non sono intervenute  sono intervenute cause di **inconferibilità** ai sensi del medesimo decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39;
- b) X non sono intervenute  sono intervenute cause di **incompatibilità** ai sensi del medesimo decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39.

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

Allega:

- ✓ elenco di tutti gli incarichi ricoperti per l'annualità 2023 non conferiti dall'Istituto;
- ✓ informativa trattamento dati personali;

ROMA, 19/06/2024

**Il dichiarante**

(firma digitale)