



Istituto Superiore di Sanità

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA'/INCOMPATIBILITÀ

(art. 20 D.LGS. 8-4-2013 N. 39)

Il/La sottoscritto/a SILVIA TRAPANI nato/a a SORRENTO (NA) il 17/12/77, in qualità di Dirigente Amministrativo/Direttore Struttura Tecnico Scientifica del MEDICO DEL CENTRO NAZIONALE TRAPIANTI

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

b) 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 ulteriori incarichi ricoperti per l'annualità 2019;
- ✓ informativa trattamento dati personali;
- ✓ copia di un documento di identità.

ROMA, 4/8/20

Il dichiarante

FTO Silvia Trapani
(firma per esteso e leggibile)

Io sottoscritta SILVIA TRAPANI, nata a SORRENTO (NA), il 17/12/1977, in servizio presso il Centro Nazionale Trapianti in qualità di Dirigente Medico, con la presente dichiaro di aver ricevuto o ricoperto nel corso del 2019 i seguenti incarichi:

- Responsabile Scientifico del Centro Nazionale Trapianti (Prot. n.3290 del 20/12/2019)

Roma, 4/08/2020

Firma

Handwritten signature of Silvia Trapani in black ink, written in a cursive style.