



Istituto Superiore di Sanità

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA'/INCOMPATIBILITÀ
(art. 20 D.LGS. 8-4-2013 N. 39)
ANNO 2020

Il/La sottoscritto/a PUPELLA SIMONETTA nato/a a ROMA il _____, in qualità di
Dirigente Amministrativo/Direttore Struttura Tecnico Scientifica del CENTRO NAZIONALE SANGUE AREA TECNICO-SANTALIA

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.

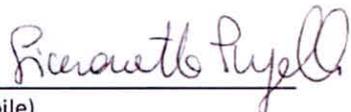
Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione.

Allega :

- ✓ elenco di tutti gli incarichi ricoperti per l'annualità 2020;
- ✓ informativa trattamento dati personali;
- ✓ copia di un documento di identità.

ROMA, 5-11-2021

Il dichiarante

F.TO SIMONETTA PUPELLA 
(firma per esteso e leggibile)