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__LETIZIA LOMBARDINI__nato/a a _[redacted] il__[redacted]_____, in qualità di Dirigente 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

D I C H I A R A

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 2020;
- ✓ informativa trattamento dati personali;
- ✓ copia di un documento di identità.

ROMA, _08/11/2021_____ **Il dichiarante**

[redacted]

F.TO_____

(firma per esteso e leggibile)