



## Istituto Superiore di Sanità

**DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA'/INCOMPATIBILITÀ**  
**(art. 20 D.LGS. 8-4-2013 N. 39)**  
**ANNO 2021**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Paola Di Ciaccio \_\_\_\_\_ nato/a  
a \_\_\_\_\_ Roma \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ 20/04/1963 \_\_\_\_\_, in qualità di  
Dirigente Amministrativo/Direttore Struttura Tecnico Scientifica 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 incarichi ricoperti per l'annualità 2021;
- ✓ informativa trattamento dati personali;
- ✓ copia di un documento di identità.

ROMA, \_05/12/2022\_\_\_\_\_

Il dichiarante

F.TO \_\_\_\_\_

  
(firma per esteso e leggibile)