



## *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 LETIZIA LOMBARDINI, nato/a a                      il                     , 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, 02/12/2022 \_\_\_\_\_

**Il dichiarante**

\_\_\_\_\_

F.TO \_\_\_\_\_  
(firma per esteso e leggibile)