



Istituto Superiore di Sanità

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITÀ/INCOMPATIBILITÀ

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

ANNO 2021

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 incarichi ricoperti per l'annualità 2021;
- ✓ informativa trattamento dati personali;
- ✓ copia di un documento di identità.

ROMA, 11/1/2023

Il dichiarante

F.TO

Silvia Trapani

(firma per esteso e leggibile)