

## Istituto Superiore di Sanità

## DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA'/INCOMPATIBILITÀ (art. 20 D.LGS. 8-4-2013 N. 39) ANNO 2022

II/La sottoscritto/a G(OV	nato/a a il nato/a di
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 <b>inconferibilità</b> 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 ricop  ✓ informativa trattamento dati pe  ✓ copia di un documento di ident	ersonali;

ROMA, 28/6/2023

Il dichiarante

(firma digitale ove possibile)