Istituto Superiore di Sanità

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

Il/La sottoscritto/a__ROBERTA PACIFICI ROBERTA_____nato/a a _____[redacted]_____il_[redacted]_____, in qualità di /Direttore Struttura Tecnico Scientifica del__CENTRO NAZIONALE DIPENDENZE E DOPING*_____

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 2022;
- ✓ informativa trattamento dati personali;
- ✓ copia di un documento di identità.

***In carica fino al 31 gennaio 2023**

ROMA, 3 luglio 2023

Il dichiarante

[redacted]

(firma digitale ove possibile)