



## *Istituto Superiore di Sanità*

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

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ BRUNO Velia \_\_\_\_\_ in  
qualità di Dirigente Amministrativo/Direttore Struttura Tecnico Scientifica dell'Ufficio/Struttura  
\_\_\_Direttore ad interim del CNEC\_\_\_\_\_

**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)  **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 non conferiti dall'Istituto;
- ✓ informativa trattamento dati personali;
- ✓ copia di un documento di identità.

ROMA, \_9 aprile 2024\_\_

**Il dichiarante**



(firma digitale ove possibile)