



Istituto Superiore di Sanità

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA'/INCOMPATIBILITÀ

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

ANNO 2023

La sottoscritta _____ BRUNO Velia _____ in qualità di
Direttore Struttura Tecnico Scientifica _____ Centro Nazionale della Clinical
Governance _____

**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.

La sottoscritta si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della
presente dichiarazione.

Allega:

- ✓ elenco di tutti gli incarichi ricoperti per l'annualità 2023 non conferiti dall'Istituto;
- ✓ informativa trattamento dati personali;
- ✓ copia di un documento di identità.

ROMA, __23 febbraio 2024_____

Il dichiarante



(firma digitale ove possibile)