



## *Istituto Superiore di Sanità*

**DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA'/INCOMPATIBILITÀ**  
**(art. 20 D.LGS. 8-4-2013 N. 39)**  
**ANNO 2023**

Il sottoscritto GIOVANNI CAPELLI in qualità di Direttore Struttura Tecnico Scientifica della Struttura CENTRO NAZIONALE PER LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE E LA PROMOZIONE DELLA SALUTE

**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.

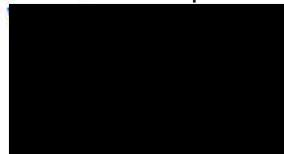
Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione.

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, 07/03/2024

**Il dichiarante**  
Prof. Giovanni Capelli



(firma digitale ove possibile)