



## Istituto Superiore di Sanità

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

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Emanuela D'Amore \_\_\_\_\_ Direttore  
Amministrativo/Direttore Struttura Tecnico Scientifica dell'Ufficio/Struttura  
\_\_\_\_\_ Direttore Centro BENA \_\_\_\_\_

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/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 2023 non conferiti dall'Istituto;
- ✓ informativa trattamento dati personali;
- ✓ copia di un documento di identità.

ROMA, 27.02.2024

Il dichiarante

(firma digitale ove possibile)