Istituto Superiore di Sanità

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

Il/La sottoscritto/a ___VINCENZO DE ANGELIS_____
in qualità di Direttore Struttura Tecnico Scientifica dell'Ufficio/Struttura
_____CENTRO NAZIONALE SANGUE_____

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 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, _22/02/2024_____ **Il dichiarante**

(firma digitale ove possibile)

Firmato digitalmente da
VINCENZO DE ANGELIS

CN = VINCENZO DE ANGELIS
O = ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA
Data e ora della firma: 22/02/2024 17:14:23