



## *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 GIULIO PISANI, in qualità di Direttore Struttura Tecnico Scientifica della Struttura  
Centro Nazionale per il Controllo e Valutazione dei Farmaci

**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)  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, 23/02/2024

**Il dichiarante**

(firma digitale ove possibile)