



## *Istituto Superiore di Sanità*

### DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA'/INCOMPATIBILITÀ

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

ANNO 2020

Il/La \_\_\_\_\_ sottoscritto/a Gemma  
Calamandrei \_\_\_\_\_ in qualità  
di Direttore Struttura Tecnico Scientifica Centro di riferimento per le scienze comportamentali e la  
salute  
mentale \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**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 X  sono intervenute cause di **inconferibilità** ai sensi del medesimo decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39;
- b)  non sono intervenute X  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 non conferiti dall'Istituto;
- ✓ informativa trattamento dati personali;
- ✓ copia di un documento di identità.

ROMA, 14/05/24 \_\_\_\_\_

**Il dichiarante**

(firma digitale ove possibile)