



Istituto Superiore di Sanità

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITÀ/INCOMPATIBILITÀ

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

ANNO 2022

Il/La sottoscritto/a _____
in qualità di Dirigente Amministrativo/Direttore Struttura Tecnico Scientifica dell'Ufficio/Struttura

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/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, _____

Il dichiarante

(firma digitale ove possibile)