Istituto Superiore di Sanità

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA'/INCOMPATIBILITÀ
(art. 20 D.LGS. 8-4-2013 N. 39)
ANNO 2022

Il sottoscritto **Andrea PICCIOLI** nato a **Roma** il **30/06/1960**, in qualità di **Direttore Generale dell'Istituto Superiore di Sanità**

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 2022 non conferiti da questa Amministrazione;
- ✓ informativa trattamento dati personali;
- ✓ copia di un documento di identità.

ROMA, 11/01/2023

Il dichiarante

Firmato digitalmente da
Andrea Piccioli
CN = Piccioli Andrea
O = Istituto Superiore di Sanità
C = IT

F.TO_____

(firma per esteso e leggibile)