



Istituto Superiore di Sanità

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITÀ/INCOMPATIBILITÀ (art. 20 D.LGS. 8-4-2013 N. 39)

Il/La sottoscritto/a ANTONIO MONTEMARCO
in qualità di Dirigente Amministrativo/Direttore Struttura Tecnico Scientifica dell'Ufficio/Struttura
DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE CNT

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 ☐ 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/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione.

Allega:

- ✓ informativa trattamento dati personali;
- ✓ copia di un documento di identità.

ROMA, 8/3/24

Il dichiarante [firma]

(firma digitale ove possibile)