



## Istituto Superiore di Sanità

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

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

ANNO 2023

Il/La sottoscritto/a SILVIA TRAPANI  
in qualità di Dirigente Amministrativo/Direttore Struttura Tecnico Scientifica dell'Ufficio/Struttura  
DIRIGENTE MEDICO 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:

- ✓ 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, 5/3/24

Il dichiarante

(firma digitale ove possibile)