



## Istituto Superiore di Sanità

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA'/INCOMPATIBILITÀ  
(art. 20 D.LGS. 8-4-2013 N. 39)  
ANNO 2020

Il/Lasottoscritto/a PATRIZIA FETTA Nato/a a CAPUA (CE) in qualità di Dirigente Amministrativo  
EX ART 15 SEPTIES DEL CENTRO NAZIONALE SANGUE

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 2020;
- ✓ informativa trattamento dati personali;
- ✓ copia di un documento di identità.

ROMA, 04.11.2021

Il dichiarante

F.TO

  
(firma per esteso e leggibile)