



## Istituto Superiore di Sanità

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

Il/La sottoscritto/a LETIZIA LOMBARDINI nato/a a FIRENZE il 30/03/1964, in qualità di Dirigente medico del CENTRO NAZIONALE TRAPIANTI

**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, 08/11/2021

**Il dichiarante**

*Letizia Lombardi*

F.TO \_\_\_\_\_

(firma per esteso e leggibile)