



Istituto Superiore di Sanità

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

Il/La sottoscritto/a PAOLA Di CIACCIO _____ nato/a a _____
il _____ in qualità di _____
Dirigente Amministrativo/Direttore Struttura Tecnico Scientifica del CENTRO
NATIONALE 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 copia di un documento di identità.

Trattamento dati personali

Il/ la sottoscritto/a dichiara di essere stato/a informato/a, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati Personali (UE 2016/679) circa il trattamento dei dati raccolti, ed in particolare, che tali dati saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa.

ROMA, 15/7/2022

Il dichiarante

F.TO _____

(firma per esteso e leggibile)