



## Istituto Superiore di Sanità

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

La sottoscritta **LAURA NICOLINI** nata a **ROMA** il **22/10/1956**, in qualità di Dirigente Direttore Struttura Tecnico Scientifica del **SERVIZIO BIOLOGICO**

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.

La sottoscritta 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, 8/2/2019

Il dichiarante

F.TO

(firma per esteso e leggibile)