



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 Cicciò nato/a a ROMA il 20/4/1963, in qualità di Dirigente Amministrativo/Direttore Struttura Tecnico Scientifica del CENTRO NAZIONALE TRAPIANTI - ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

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 ulteriori incarichi ricoperti per l'annualità 2019;
- ✓ informativa trattamento dati personali;
- ✓ copia di un documento di identità.

ROMA, 08/07/2020

Il dichiarante

F.TO Paola Di Cicciò
(firma per esteso e leggibile)

Roma, 14 luglio 2020

La sottoscritta PAOLA DI CIACCIO, nata a Roma il 20 aprile 1963, in servizio in qualità di Dirigente Tecnico presso il Centro Nazionale Trapianti con la presente dichiara, di aver ricevuto o ricoperto nel corso del 2019 i seguenti incarichi:

- Responsabile Settore Progetti e Relazioni internazionali del Centro Nazionale Trapianti (determinazione Direttore del CNT del 19/06/2017 prot.2007);
- Responsabile Ufficio Grant Office e Progetti di Ricerca (prot CNT 21/02/2019-0000376), istituito con decreto del Direttore del CNT del 19 settembre 2018;
- Presidente Commissione Esaminatrice 1 collaboratore nell'ambito del progetto "Sviluppo di progetti internazionali in ambito di donazione e trapianto di organi, tessuti e cellule" (prot. CNT 19/09/2019-0002273)

In fede

Paola Di Ciaccio




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 MAURIZIO PASQUALI nato/a a
SAN VITO ROMANO (RM) il 14/05/1956, in qualità di
Dirigente Amministrativo/Direttore Struttura Tecnico Scientifica del _____
DIRETTORE CENTRALE DEGLI AFFARI GENERALI

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

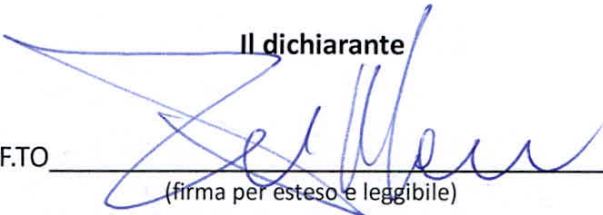
- a) non sono intervenute sono intervenute cause di **inconferibilità** ai sensi del medesimo decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39;
- b) non sono intervenute sono intervenute cause di **incompatibilità** ai sensi del medesimo decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39.

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione.

Allega :

- ✓ elenco di tutti gli ulteriori incarichi ricoperti;
- ✓ informativa trattamento dati personali;
- ✓ copia di un documento di identità.

ROMA, 13 LUG 2020

Il dichiarante

F.TO _____
(firma per esteso e leggibile)

ULTERIORI INCARICHI

1. Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza dell'Istituto Superiore di Sanità (Delibera n. 6 del Consiglio di Amministrazione del 28/04/2016)
2. Sindaco del Comune di San Vito Romano dal 26/05/2014