



Istituto Superiore di Sanità

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

La sottoscritta **Domenica Taruscio** nata a Cotronei (KR) il 15/08/1955, in qualità di Direttore Struttura Tecnico Scientifica del Centro Nazionale Malattie Rare dell'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) X non sono intervenute sono intervenute cause di **inconferibilità** ai sensi del medesimo decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39;

b) X 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 :

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

ROMA, 27 luglio 2020

Il dichiarante

Domenica Taruscio

F.TO _____

(firma per esteso e leggibile)