



## Istituto Superiore di Sanità

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

~~ANNO 2020~~ ANNO 2019

Il/La sottoscritto/a MAURIZIO POCCHIARI nato/a a ROMA il 25/06/1953, in qualità di  
Dirigente Amministrativo/Direttore Struttura Tecnico Scientifica del DIP.TO DI  
NEUROSCIENZE

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~~ 2019;
- ✓ informativa trattamento dati personali;
- ✓ copia di un documento di identità.

ROMA, 9/12/2021

Il dichiarante

F.TO Maurizio Pocchiarri  
(firma per esteso e leggibile)