



## *Istituto Superiore di Sanità*

**DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA'/INCOMPATIBILITÀ**  
**(art. 20 D.LGS. 8-4-2013 N. 39)**  
**ANNO 2020**

Il/La sottoscritto/a **Giada Minelli** nata a Roma il **06/10/1975**, in qualità di Direttore Struttura Tecnico Scientifica del Servizio di Statistica.

**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 :

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

ROMA, 05/11/2021

**Il dichiarante**

F.TO

(firma per esteso e leggibile)