Istituto Superiore di Sanità

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

La sottoscritta__Alessandra CARE'____nata a _Viareggio (LU)_ __il___22/07/1955_____, in qualità di Direttore Struttura Tecnico Scientifica del_____ Centro di riferimento per la medicina di genere
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

D I C H I A R A

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

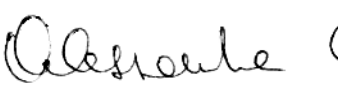
b) X☐ non sono intervenute ☐ sono intervenute cause di **incompatibilità** ai sensi del medesimo decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39.

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, _18/11/2020

Il dichiarante

F.TO___ 

(firma per esteso e leggibile)