

ALL. 2

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA CAUSE INCOMPATIBILITA'

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (____) il _____
residente a _____ (____) in via _____ n.
_____ tel. _____ e-mail _____ Codice
fiscale _____ inconsapevole delle sanzioni penali in caso di
dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al
provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000), sotto la propria
responsabilità,

DICHIARA

che non sussistono cause di incompatibilità a svolgere l'incarico nell'ambito dell'avviso di selezione per il conferimento di incarichi individuali aventi ad oggetto esperto interno per componente il Team per la dispersione . Codice progetto M4C1I2.1-2022-941-P-9448 - Codice CUP F54D22002400006 -Insieme per il futuro

a) di non avere altri rapporti di lavoro dipendente, o di collaborazione continuativa o di consulenza con le altre Amministrazioni pubbliche o con soggetti privati, salvo quelli eventualmente derivanti da incarichi espressamente consentiti da disposizioni normative o autorizzati dall' Amministrazione

b) di non trovarsi in alcuna delle cause di incompatibilità richiamate dall'art.53 del D.Lgs.n. 165/2001 e successive modifiche

La presente dichiarazione è resa ai sensi e per gli effetti dell'art. 20 del D.Lgs.. n. 39/2013 "Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità' di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblici"

Data

Firma
