**ALLEGATO C**

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**ISTITUTO COMPRENSIVO “LUCA DELLA ROBBIA”**

**APPIGNANO**

**Oggetto: Dichiarazione di insussistenza motivi di incompatibilità istanza di partecipazione avviso di selezione per il reclutamento di un medico competente con contratto di prestazione d’opera prot. 9967 del 04/12/2023.**

Il/la sottoscritto/a nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_) il / / ,

codice fiscale/P.IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a ,

(\_\_\_\_), in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato, sotto la propria responsabilità,

**DICHIARA**

che non sussistono cause di incompatibilità a svolgere l’incarico di medico competente presso l’Istituto Comprensivo “Luca Della Robbia” di Appignano.

La presente dichiarazione è resa ai sensi e per gli effetti del Decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39 “Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge n. 190 del 2012”.

Data / / Firma