**DICHIARAZIONE SULL’INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITÀ**

**PROCEDURA DI SELEZIONE DI PERSONALE INTERNO/ESTERNO ALL’ISTITUZIONE SCOLASTICA PER IL CONFERIMENTO**

**DELL’INCARICO DI ESPERTO per IL SERVIZIO DI SUPPORTO PSICOLOGICO “SPAZIOASCOLTO”A.S. 2023/24**

Il/la sottoscritto/a

Nato/a a il

Residente in via n.

Codice fiscale

Telefono/cellulare email

Partita IVA (per i libero professionisti)

consapevole 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 di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🖙 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

🖙 di non trovarsi in alcuna delle cause di incompatibilità richiamate dall’art. 53 del D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i.

La presente dichiarazione è resa ai sensi e per gli effetti dell’art. 20 del predetto D. Lgs. n. 39/2013.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*Firma leggibile*)