DICHIARAZIONE INSUSSISTENZA MOTIVI DI INCOMPATIBILITÁ

Il/La sottoscritto/a , nato/a a , il

 , residente a , cap , Via , cell. , e-mail , C.F. , ai fini dell'assunzione dell'incarico di , nel Progetto sotto indicato, di cui ha preso visione:

**Avviso/decreto: M4C1I3.2-2023-1022 - Spazi e strumenti digitali per le STEM**

**Codice identificativo progetto: M4C1I3.2-2023-1022 .**

**Titolo del progetto: Lo STEM a scuola .**

**Codice CUP: B39J21033100001.**

**AVVISO PUBBLICO DI SELEZIONE RIVOLTODI SELEZIONE RIVOLTO, IN PRIMA ISTANZA, AL PERSONALE INTERNO E, IN SECONDA ISTANZA, AL PERSONALE IN COLLABORAZIONE PLURIMA PER IL CONFERIMENTO DELL’INCARICO DI COLLAUDATORE DEL PROGETTO Spazi e strumenti digitali per le STEM ‘’Lo STEM a scuola (CUP: B39J21033100001).**

# CONSAPEVOLE

delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e

della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445,

ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità,

# DICHIARA

di non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità previste dalle disposizioni e istruzioni per l'attuazione del Progetto sopra indicato di cui alla Nota “Disposizioni e istruzioni per l'attuazione delle iniziative cofinanziate dai Fondi Strutturali Europei 2014-2020” (Edizione ottobre 2020) e di cui all'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001 e ss.mm.ii., recante "Incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi".

 , .

*(Luogo) (Data)*

FIRMA