

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI INCOMPATIBILITÀ

Il sottoscritto _____

Codice Fiscale _____ nato a _____

il _____ avendo preso visione del Bando indetto dal Dirigente Scolastico con riferimento alla selezione di : esperto / tutor nell'ambito dell'attuazione del Progetto "IMPARARE A IMPARARE" Codice identificativo progetto: **10.2.2A-FSEPON-MA-2017-80**

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 veritieri, 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 condizioni di incompatibilità previste dalle Disposizioni e Istruzioni per l'attuazione delle iniziative cofinanziate dai Fondi Strutturali europei 2014/2020;

Dichiara inoltre, di non essere parente o affine entro il quarto grado del legale rappresentante dell'Istituto.

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

Data _____

FIRMA DEL CANDIDATO _____