



DICHIARAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITÀ
Progetto **PRATICAMENTE** Codice Identificativo **10.3.1B-FSEPON-TO-2019-2**

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ (____) il _____

residente a _____ (____) in via _____
_____ n. _____

tel. _____ e-mail _____ @ _____

Codice fiscale _____

esterno alla PA

personale autorizzato di altra scuola o altro Ente

In servizio presso _____

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

a) che non sussistono cause di incompatibilità a svolgere l'incarico di:

Esperto

Tutor

Figura Aggiuntiva

nell'ambito del progetto **PRATICAMENTE** Codice Identificativo **10.3.1B-FSEPON-TO-2019-2**

b) 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.

c) di non essere parente o affine entro il quarto grado del legale rappresentante del CPIA 1 Grosseto e di altro personale incaricato alla valutazione dei curricula per la nomina delle risorse umane necessarie alla realizzazione del Progetto PON FSE di cui trattasi

_____, _____

Firma