

ALLEGATO B

DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI INCOMPATIBILITÀ

Relativa all'Incarico di Formatore per Corsi di Salute e Sicurezza sul Lavoro

Istituto Comprensivo "G.B. Niccolini"

Il/La sottoscritto/a:

Dati Anagrafici	
Nome e Cognome	
Nato/a a	
il	
Codice Fiscale	
Residente in	

In relazione all'incarico conferito/da conferire quale Esperto Formatore per i corsi di Salute e Sicurezza sul Lavoro (D. Lgs. 81/08) presso l'Istituto Comprensivo G.B. Niccolini

DICHIARA E ATTESTA

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, e consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci:

1. **Assenza di Rapporti di Lavoro Subordinato (per Esperti Esterni):**
 - Di non avere, per l'incarico in oggetto, rapporti di lavoro subordinato a tempo pieno o parziale che siano in contrasto con la normativa di riferimento e/o con le disposizioni dei contratti collettivi nazionali (CCNL) applicabili.
 - In caso di dipendente pubblico a tempo parziale: di aver già acquisito l'autorizzazione o di impegnarsi ad acquisire la necessaria **autorizzazione** dall'Amministrazione di appartenenza prima dell'inizio dell'attività.
2. **Assenza di Incompatibilità Normative:**
 - Di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità previste dalla normativa vigente, compresa quella in materia di **inconferibilità e incompatibilità di incarichi** (D. Lgs. 39/2013).

3. **Assenza di Conflitto di Interessi:**

- Di non trovarsi in alcuna situazione, anche potenziale, di **conflitto di interessi** con l'Istituto, con il Dirigente Scolastico o con altri membri del personale, che possa compromettere l'imparzialità e l'oggettività dell'attività di formazione o che possa derivare da rapporti personali, finanziari o professionali.

4. **Cumulo di Incarichi (per Esperti Interni):**

- **[Se applicabile al personale interno:]** Di essere a conoscenza e di rispettare le disposizioni relative al cumulo di incarichi stabilite dall'art. 53 del D. Lgs. 165/2001 e dal CCNL del Comparto Scuola, dichiarando che l'incarico in oggetto rientra tra quelli **compatibili** con la propria posizione di servizio.

5. **Dichiarazione Generale:**

- Di essere a conoscenza e di accettare che l'accertata insussistenza delle condizioni dichiarate comporterà la revoca immediata dell'incarico.

Luogo e Data	
Firma del Dichiarante	

Nota: Questa dichiarazione deve essere integrata, per il **personale interno** o dipendente di altre PA, con l'obbligo di presentare anche la specifica **autorizzazione** del proprio Dirigente/Amministrazione di riferimento.