

MODELLO DI DICHIARAZIONE (ai sensi del D.P.R. 445/2000 e del D.Lgs. 39/2013)

**DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DELLE CAUSE DI INCONFERIBILITÀ E
INCOMPATIBILITÀ**

Il/La sottoscritto/a BARTOLINI SIMONA i cui dati personali sono già
conosciuti da codesto Istituto, in qualità di **soggetto esterno** incaricato per

PROGETTO BENESSERE

conferito da

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e del D.Lgs. 39/2013:

1. di **non trovarsi in alcuna delle condizioni di inconferibilità** previste dagli artt. 3, 4, 7 e 8 del D.Lgs. 39/2013, con riferimento al conferimento dell'incarico sopra indicato;
2. di **non trovarsi in situazioni di incompatibilità**, né in situazioni che possano generare conflitti di interesse, ai sensi degli artt. 9, 10 e 11 del D.Lgs. 39/2013;
3. di **non aver riportato condanne penali**, misure restrittive o provvedimenti ostativi che impediscano l'assunzione dell'incarico ai sensi della normativa vigente;
4. di impegnarsi a **comunicare tempestivamente** all'Amministrazione conferente ogni eventuale sopravvenienza che possa determinare una causa di inconferibilità o incompatibilità;
5. di essere consapevole che, in caso di dichiarazioni mendaci, si applicano le sanzioni previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, oltre alla decadenza dall'incarico ai sensi dell'art. 17 del D.Lgs. 39/2013.

Luogo _____, data 30/01/2026

Firma del dichiarante

(Allegare copia di un documento di identità in corso di validità ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445/2000 se firma autografa)