

All. 2

**DICHIARAZIONE INSUSSISTENZA MOTIVI DI INCOMPATIBILITA'**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Massimiliano Boschi \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ XXXX \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ XXXXXXXX \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ XXXX \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ XXXXXX \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ XXXXXXXXXXXX \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ XX XXX \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ XXXXXXXXXXXXXXXX \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ XXXXXXXXXXXXXXXX \_\_\_\_\_

Ai fini dell'assunzione dell'incarico di Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione di Istituto

**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 dell'incarico sopra indicato.

\_\_\_\_\_ PISA 10/09/2024 \_\_\_\_\_

(Luogo)

(data)

FIRMA

