

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

