

DICHIARAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA'

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ e
residente a _____ 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

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

- a) di non avere altri rapporti di lavoro dipendente, o di collaborazione continuativa o di consulenza con le altre Amministrazioni pubbliche o con soggetti privati, salvo quelli eventualmente derivanti da incarichi espressamente consentiti da disposizioni normative o autorizzati dall' Amministrazione
- b) di non trovarsi in alcuna delle cause di incompatibilità richiamate dall'art.53 del D. Lgs. n. 165/2001 e successive modifiche

La presente dichiarazione è resa ai sensi e per gli effetti dell'art. 20 del D. Lgs. n. 39/2013.

_____, _____

Firma
