

Allegato 2

DICHIARAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITÀ

Resa in riferimento all'Avviso di selezione prot. n. 16485 del 16/10/2025

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

e residente a _____

C.F. _____

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75e 76 del DPR 445/2000), sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che non sussistono cause di incompatibilità a svolgere l'incarico di cui all'Avviso di selezione prot. n. 17259 del 28/10/2025:

- 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
