

**DICHIARAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI  
INCOMPATIBILITÀ'**

Il/La sottoscritto/a TAGLIAMENTO MANUELA nato/a a \_\_\_\_\_  
i \_\_\_\_\_ 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 predetto d.lgs. n. 39/2013.

TARCENTO, 04.04.2019

Firma

