

ALLEGATO C

**DICHIARAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI
INCOMPATIBILITA'**

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____

e residente _____ via _____ n. _____

in relazione all'incarico di PROFILO ASSISTENTE AMMINISTRATIVO – PRESTAZIONI
ORARIE AGGIUNTIVE – OM 112(2022 dell'Istituto Statale di Istruzione Superiore
Magrini Marchetti di Gemona del Friuli (Udine)

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

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

b) di non trovarsi in alcuna delle cause di incompatibilità richiamate dall'art.53
del D. Lgs 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.

_____, addì _____
