

**DICHIARAZIONE INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA'**

**OGGETTO DELL'INCARICO** \_\_\_\_\_ -

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 in quanto non trovasi in alcuna delle cause di incompatibilità richiamate dal D.Lgs.n. 50/2016 e del D.Lgs 165/01 art 53.

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

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

(IL DOCUMENTO DEVE ESSERE FIRMATO DIGITALMENTE O DEVE ESSERE ALLEGATA COPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO)