

DICHIARAZIONE SULL' INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA'

Il/la sottoscritto/a CALAVITA MARIA
nato/a il _____ (____) _____
codice Fiscale _____
residente in _____ via _____ n. _____
PEC _____ Tel. _____

consapevole delle sanzioni penali in caso dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e76 del D.P.R. n. 445/2000) sotto la propria responsabilità

DICHIARA

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

- a) di non avere altri rapporti di lavoro dipendente, o di collaborazione continuativa o di consulenza con altre Amministrazioni pubbliche o con soggetti privati, salvo quelli eventualmente derivanti da incarichi espressamente consentiti da dispositivi normative o autorizzati dall'Amministrazione;
- b) di non trovarsi in alcune delle cause di incompatibilità richiamate dall'art.53 del d.lgs. n.165/01 e successive modifiche.

La presente dichiarazione è resa ai sensi e per gli effetti dell'art.20 del D.Lgs. n. 39/2013, recante "Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art.1, commi 49 e 50, della Legge 6 novembre 2012 n.190".

Luogo e data FARANO 8-1-2024

(firma)
