

DICHIARAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA'

Al Dirigente Scolastico

Il/la
sottoscritto/a _____
nato/a a _____

_____ il _____

codice fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

residente a _____
_____ via _____

_____ recapito tel. _____ recapito cell. _____

_____ indirizzo E-Mail _____ indirizzo _____

PEC _____

in servizio presso _____ con la qualifica di _____

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 altre amministrazioni pubbliche o con soggetti privati, salvo quelli eventualmente derivanti da incarichi 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 Dlgs n. 165/2001 e successive modifiche.

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

Data

Firma