

DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITÀ

Il sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il (gg/mm/aaaa) _____
con riferimento all'incarico di esperto nel modulo _____ Progetto _____

ai sensi delle disposizioni di cui agli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa" e consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro per dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, di cui agli articoli 75 e 76 del citato D.P.R. n. 445/2000.

DICHIARA

l'assenza di cause di incompatibilità, ovvero di non trovarsi in alcuna situazione di incompatibilità previste dal D.Lgs.n. 39/2013

DICHIARA INOLTRE

- di impegnarsi a comunicare tempestivamente il sopravvenire di cause di incompatibilità di cui al D.Lgs. 39/2013,
- di essere consapevole che lo svolgimento di incarico in situazione di incompatibilità comporta la decadenza dall'incarico stesso e la risoluzione del contratto di lavoro decorso il termine di 15 giorni dalla contestazione all'interessato, nonché la inconfiribilità di qualsivoglia incarico di cui al D.Lgs 39/2013 per un periodo di 5 anni, ai sensi dell'art.18 del medesimo decreto;
- di essere altresì consapevole delle conseguenze di ogni altra responsabilità per dichiarazione mendace.