



PROGRAMMA OPERATIVO NAZIONALE

Fondi Strutturali Europei – Programma Operativo Nazionale “Per la scuola, competenze e ambienti per l'apprendimento” 2014-2020. Asse I – Istruzione – Fondo Sociale Europeo (FSE). Obiettivo Specifico 10.2 – Miglioramento delle competenze chiave degli allievi, anche mediante il supporto dello sviluppo delle capacità di docenti, formatori e staff. Azione 10.2.1 Azioni specifiche per la scuola dell'infanzia (linguaggi e multimedialità – espressione creativa espressività corporea); Avviso AOODGEFID\Prot. n. 1953 del 21/02/2017. Competenze di base – CUP: C35B18000070007

Allegato 2
PON FSE 2014-2020
Codice 10.2.1A-FSEPON-FR-2017-23

DICHIARAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA'

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (____) il _____

residente a _____ (____) in via _____

_____ n. _____

tel. _____ e-mail _____

Codice fiscale _____

Assistente Amministrativo a tempo indeterminato determinato fino al _____

in servizio presso _____

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 per supporto operativo nell'ambito del progetto PON FSE BEN-ESSERE codice 10.2.1A-FSEPON-FR-2017-23:

a) di non avere altri rapporti di lavoro dipendente, o di collaborazione continuativa o di consulenza con le altre Amministrazioni pubbliche o con soggetti privati, salvo quelli 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 D.Lgs.n. 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.

_____, _____

Firma
