

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITÀ

Il sottoscritto SALVATORE MASTAVINNA, in relazione al conferimento dell'incarico di LABORATORE DI ED. AFFETTIVITÀ presso l'Istituzione Scolastica I.C. Edolo, a decorrere dal _____, 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 D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

che non sussistono cause di incompatibilità ai sensi dell'art. 60 D.P.R. 3/1957, come richiamato dall'art. 53 D.Lgs. 165/2001, di esclusione ai sensi degli artt. 80 e 83 D.Lgs. 50/2016 o di conflitto d'interesse ai sensi della legge 190/2012.

Edolo, li 10/06/2024

Firma

