

|   |
|---|
| <b>Codice Progetto: 10.2.2A- FSEPON-EM-2021-58 – Apprendimento e socialita'</b> |
|---|

Al Dirigente Scolastico

**Oggetto: Dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità**

Il/La sottoscritto/a..... nato/a a .....  
il ..... residente a ..... cap .....  
via..... tel. .... cell. ....  
e-mail ..... C.F. ....

avendo preso visione dell'Avviso di selezione indetto dal Dirigente Scolastico dell'I.C. CASTIGLIONE – CAMUGNANO – SAN BENEDETTO , per la selezione per il conferimento dell'incarico per la sorveglianza durante la mensa nell'ambito del Progetto **10.2.2A- FSEPON-EM-2021-58 – Apprendimento e socialita' – La scuola ed il suo territorio – CUP D23D21003340007**

**CONSAPEVOLE**

delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 N. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

di non trovarsi in nessuna delle condizioni di incompatibilità previste dalle Disposizioni e Istruzioni per l'attuazione delle iniziative cofinanziate dai Fondi Strutturali europei 2014/2020.

Dichiara inoltre, di non essere parente o affine entro il quarto grado del legale rappresentante dell'I.C. o di altro personale incaricato della valutazione dei curricula per la nomina delle risorse umane necessarie alla realizzazione del Piano Integrato FSE di cui trattasi.

LUOGO E DATA.....

FIRMA..... (per esteso e leggibile)