

Allegato 1

DICHIARAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA' E CONFLITTO DI INTERESSE

Il/la sottoscritto/a ING. CHIARA LECIS nato/a a _____
il _____ residente a _____ via _____
n° _____

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 indicato

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.

c) l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse, ai sensi della normativa vigente, con l'Amministrazione ai sensi dell'art. 53, comma 14, del d.lgs. 165/2001

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

Data 22/02/2023

Firma
MEDICINA
del **LAVORO** s.r.l.
l'amministratore unico

