

Oggetto : Dichiarazione sostitutiva per Incompatibilità

Il/La sottoscritto/a Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ nel Comune (o Stato estero) di nascita \_\_\_\_\_ Provincia

(\_\_\_\_\_) e residente in Via \_\_\_\_\_, Comune \_\_\_\_\_

(Prov. \_\_\_\_\_), C.F. \_\_\_\_\_

In relazione alla procedura di Assunzione alle dipendenze di codesta Amministrazione valendosi della disposizione di cui all'art.46 (ed all'art.3) del T.U. della normativa sulla documentazione amministrativa di cui al DPR n.445/2000 consapevole delle sanzioni previste dall'art.76 della decadenza dei benefici previste dall'art.76 e della decadenza dei benefici prevista dall'art.75 del medesimo T.U. in caso di dichiarazione false o mendaci , sotto la propria personale responsabilità;

**DICHIARA**

//

DI NON AVERE ALTRI RAPPORTI DI IMPIEGO PUBBLICO O PRIVATO E DI NON TROVARSI IN NESSUNA DELLE SITUAZIONI DI INCOMPATIBILITA' RICHIAMATE DELL'ART.53 DEL D.LGS. 165/2001

Dichiara altresì di essere stato informato , ai sensi della legge n.196/2003, delle finalità e dell'utilizzo delle informazioni e dei dati conferiti con la presente domanda da parte di questa Amministrazione .

.....  
(data)

.....  
(firma)