**DICHIARAZIONE SULL’INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA’**

Il/Lasottoscritto/a ………………………………………………………………………… presa visione dell’Avviso (prot.n. ………………………………. del …………………………………………….) relativo alla selezione di TUTOR D’AULA da incaricare nell’ambito del progetto PON APPRENDIMENTO E SOCIALITA’ - “LA SCUOLA NON SI FERMA” - Codice progetto: 10.1.1A-FSEPON-MA-2021-58 - CUP: E19J21002430001, 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. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità,

**DICHIARA**

l’insussistenza di cause di incompatibilità previste dal Codice di comportamento dei Dipendenti Pubblici – DPR 62/2013 e dalle Disposizioni e istruzioni per l’attuazione delle iniziative cofinanziate dai Fondi Strutturali Europei 2014-2020.

Data …………………………………………………..

Firma