***DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETA’***

***(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)***



**Cod. id. progetto: 10.2.2A-FSEPON-MA-2017-66 CUP: *B25B17000280007***

Al Dirigente Scolastico dell’I.I.S. -OMNICOMPRENSIVO di Amandola (FM)

**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’IIs- Omnicomprensivo di Amandola prot. nr. …………. del ………………per la selezione di Figura di supporto all’azione di pubblicità nell’ambito del Progetto PON – FSE **10.2.2A-FSEPON-MA-2017-66**

**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 essere a conoscenza del contenuto dell’art. 508 del D.Lvo 297/94 (incompatibilità), dell’art. 53 del D.Lvo 165/2001, delle norme contrattuali di riferimento (incompatibilità, cumulo di impieghi, incarichi);

Di non trovarsi in nessuna della condizioni di incompatibilità previste dalle Disposizioni e Istruzioni per l’attuazione delle iniziative cofinanziate dai Fondi Strutturali Europei 2014/2020, ovvero di:

* di non essere collegato, né come socio né come titolare, a ditte o società interessate alla partecipazione alla gara di appalto;.

Dichiara inoltre, di non essere parente o affine entro il quarto grado del legale rappresentante dell’iiS – Omnicomprensivo di Amandola 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.

**Si impegna a comunicare ogni variazione che dovesse modificare lo stato della presente dichiarazione.**

LUOGO E DATA……………………………………………

FIRMA…………………………………………………………………(per esteso e leggibile)