

**DICHIARAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI
INCOMPATIBILITÀ'**

Il/La sottoscritto/a INTORCIA ELENA nato/a a _____
il _____ e residente a _____

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente
decadenza dai benefici consequenti 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

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

Benevento, 23/09/2025

Firma