



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DEL SANNIO Benevento

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA CAUSE DI INCOMPATIBILITÀ*

(ART. 20 DEL D.LGS.39/2013)

DA PUBBLICARE

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

in relazione all'incarico di _____

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del d.P.R. 445/2000:

l'insussistenza delle condizioni di incompatibilità di cui ai Capi V e VI del d.lgs. n. 39 del 2013.

_____ lì, _____

In fede

*Da rendere annualmente