

DICHIARAZIONE INSUSSISTENZA MOTIVI DI INCOMPATIBILITA'

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il ____/____/____

residente a _____ cap _____

via _____ cell. _____

e-mail _____ C.F. _____

ai fini dell'assunzione dell'incarico di Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP) presso l'Istituto Comprensivo RENDE CENTRO – SAN FILI.

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 non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità previste dalle disposizioni e istruzioni per lo svolgimento dell'incarico di Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP) presso l'Istituto Comprensivo RENDE CENTRO – SAN FILI.

Luogo e data _____, ____/____/____

FIRMA _____

Si allega copia di un documento di identità in corso di validità