

All. 2

Selezione comparativa per l'affidamento di n.10 incarichi di consulente odontoiatra esterno

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITÀ DELL'INCARICO

(Art. 20 D.Lgs 8 aprile 2013, n. 39)

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa _____,
nato/a a _____ il __/__/____, consapevole che chiunque rilasci
dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in
materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 DPR n. 445/2000

DICHIARA

che non sussistono situazioni di incompatibilità ai sensi del D.Lgs 8 aprile 2013,
n. 39 che impediscano l'espletamento dell'incarico di consulente odontoiatra
esterno.

Ai sensi dell'art. 10 della legge n. 675/1996 e successive modificazioni, le
informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate
unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.

Luogo e data

Firma