

**DICHIARAZIONE SULL'INSUSISTENZA DI CAUSE DI
INCOMPATIBILITA'**

Il/La sottoscritto/a CAPELLONI MARIA ALESSANDRA nato/a a _____

il _____ e residente a _____

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

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.

16/3/17

Firma

Maria Capella