**Allegato 1**

**DICHIARAZIONE SULL’INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA’**

**(da compilarsi esclusivamente a cura del personale INTERNO all’amministrazione scolastica)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazione 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

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 dal D.Lgs. n. 39/2013.

La presente dichiarazione è resa ai sensi e per gli effetti dell’art. 20 del D.Lgs. n. 39/2013

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_