



Ministero dell'Istruzione e del Merito
ISTITUTO ONNICOMPRESIVO STATALE "A. ARGOLI"
INFANZIA – PRIMARIA - SECONDARIA DI I GRADO - ISTITUTO TECNICO ECONOMICO
INDIRIZZO TURISMO
Via Guglielmo Marconi, 51 – 67069 TAGLIACOZZO – C.F. 81006950661
Segreteria tel. 0863/610335
Sito web: www.istitutoargoli.edu.it - E-mail: agmm060003@istruzione.it -
Pec: agmm060003@pec.istruzione.it

All. B: Schema di dichiarazione di inesistenza di causa di incompatibilità a ricoprire l'incarico

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto

Oggetto: Dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (____), il ____/____/19____
residente a _____ cap _____ via _____ cell. _____
e-mail _____ C.F. _____

avendo preso visione dell'Avviso di selezione indetto dal Dirigente Scolastico per la selezione del gruppo Team per la prevenzione della dispersione scolastica nell'ambito del PNRR Codice progetto
M4C1I1.4-2023-1362-P-48935

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 condizioni di incompatibilità previste dalle Disposizioni e Istruzioni per l'attuazione delle iniziative finanziate dai PNRR, ovvero di:

- di non essere incompatibile con il ruolo di componente del gruppo;

Dichiara inoltre, di non essere parente o affine del legale rappresentante dell'Istituzione scolastica o di altro personale incaricato della valutazione dei curricula per la nomina delle risorse umane necessarie alla realizzazione del PNRR di cui trattasi.

Data, _____

Firma _____