

Al Dirigente Scolastico  
Dell'Istituto di Istruzione Superiore  
"L. Cerebotani"

**Oggetto: Dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità**

Il/La sottoscritto/a..... nato/a a .....  
il ..... residente a ..... cap .....  
via..... tel. .... cell. ....  
e-mail ..... C.F. ....

### 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 dell'iniziativa, ovvero di:

Dichiara inoltre, di non essere parente o affine entro il quarto grado del legale rappresentante dell'Istituto di Istruzione Superiore "L. Cerebotani" di Lonato o di altro personale incaricato della valutazione dei curricula per la nomina delle risorse umane necessarie alla realizzazione del progetto.

LUOGO E DATA.....

FIRMA..... (per esteso e leggibile)