Allegato B – Dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITÀ

Codice Progetto: ESO4.6.A1.B-FSEPN-CA-2026-574

Titolo Progetto: Mi prendo cura di TE Edizione3

CUP: B94D25003410007

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a _____il _____, residente in _____, in servizio presso _____,

DICHIARA

- di non trovarsi in alcuna situazione di incompatibilità con l'incarico da conferire;
- di non essere coinvolto/a in conflitti di interesse con l'Istituto Comprensivo "CAMEROTA" o con i destinatari del progetto;
- di non essere destinatario/a di provvedimenti disciplinari o penali che impediscano l'assunzione dell'incarico;
- di impegnarsi a rispettare le disposizioni contenute nell'Avviso, nelle Linee guida ministeriali e nella normativa vigente.

Autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 679/2016 (GDPR), esclusivamente per le finalità connesse alla presente procedura.

Luogo e data: _____ Firma: _____