

**DICHIARAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITÀ E
INCOMPATIBILITÀ**

Ai sensi dell'art. 20, D. Lgs. 39/2013

(allegare copia documento d'identità in corso di validità)

[da trasformare in PDF prima della restituzione]

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ e residente a _____

con riferimento all'incarico di RSPP di cui alla procedura comparativa;

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

ai sensi e per gli effetti degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000

a) l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi in relazione alle attività di RSPP;

b) che non sussistono cause ostative o di incompatibilità a svolgere l'incarico indicato;

La presente dichiarazione è resa ai sensi e per gli effetti dell'art. 20 del predetto d.lgs. n. 39/2013
(Dichiarazione sulla insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità).

_____, _____

Firma
