**Allegato 3**

**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 dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefeci 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

1. di non avere altri rapporti di lavoro dipendente o di collaborazione continuativa o di consulenza con altre Amministrazioni pubbliche o con soggetti privati, salvo quelli eventualmente derivati da incarichi espressamente consentiti da disposizioni normative o autorizzati dall’Amministrazione
2. di non trovarsi in alcuna delle cause di incompatibilità richiamate dall’art.53 del D.lgs n.1365/2001 e successive modifiche.

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

Data ……………………… Firma………………………………

 (firma chiara e leggibile)