**Allegato 2**

**Da protocollare a cura della segreteria**

**Oggetto: dichiarazione di insussistenza di motivi di incompatibilità.**

# *Al Dirigente Scolastico dell’I.I.S.S. “Mons. Antonio. Bello” di Molfetta*

|  |  |
| --- | --- |
| IL/LA SOTTOSCRITTO/A |  |
| CODICE FISCALE |  |
| DATI ANAGRAFICI NASCITA | COMUNE |  |
| PROVINCIA |  |
| DATA (gg/mm/aaaa) |  |
| RESIDENZA | COMUNE - CAP |  |
| PROVINCIA |  |
| VIA/PIAZZA |  |
| TELEFONO FISSO |  |
| CELLULARE |  |
| INDIRIZZO EMAIL |  |

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, secondo le disposizioni richiamate all'art. 76 del citato D.P.R. n. 445/2000,

**DICHIARA**

alla S.V. l’**insussistenza di motivi di incompatibilità** per l’assunzione dell’incarico, in qualità di ESPERTO INTERNO PER IL COLLAUDO, per il progetto: Azione 13.1.1A-FESRPON-PU-2021-503 “Cablaggio strutturato e sicuro all’interno degli edifici scolastici”.

Il/La sottoscritto/a esprime il proprio consenso affinché i dati forniti possano essere trattati nel rispetto del D.L. n. 196/03 (**Codice in materia di protezione dei dati personali**), per gli adempimenti connessi alla realizzazione delle attività progettuali.

data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_