

Allegato 1. 2- Dichiarazione di insussistenza di incompatibilità

Il sottoscritto _____

Codice Fiscale _____ nato a _____

il _____ avendo preso visione dell'avviso di ricognizione del personale interno per la supervisione individuale, di gruppo e multiprofessionale delle assistenti sociali della Comunità della Valle di Cembra e della Comunità della Valle dei Laghi- nell'ambito del PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR): Missione 5: Inclusione e coesione; Componente 2: Infra-strutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore; Linea di investimento 1.1. "Sostegno persone vulnerabili e prevenzione istituzionalizzazione anziani"; sub investimento 1.1.4 "Rafforzamento dei servizi sociali e prevenzione del fenomeno del burn out tra gli operatori sociali"

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 veritiero, 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, in particolare di:

- di non essere parente o affine entro il quarto grado del legale rappresentante della Comunità della Valle di Cembra e di altro personale che ha preso parte alla predisposizione dell'avviso di ricognizione interna, alla comparazione dei curricula degli astanti e alla stesura delle graduatorie dei candidati.

Data _____

FIRMA DEL CANDIDATO