

*Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo Tiziana Weiss*

*Strada di Rozzol 61, 34139 Trieste*

Oggetto: Dichiarazione di insussistenza della cause di incompatibilità.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

In relazione all' incarico che codesto Ente intende conferire, consistente nella seguente prestazione:

Professionista psicologo per l'attivazione di servizi professionali per l'assistenza e il supporto psicologico ex art. 1, comma 697, L. n. 234/2021 – *“Supporto al personale delle istituzioni scolastiche statali, agli studenti e alle famiglie attraverso servizi professionali per l'assistenza e il supporto psicologico in relazione alla prevenzione e al trattamento dei disagi e delle conseguenze derivanti dall'emergenza epidemiologica da COVID-19”*; 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**

di non trovarsi in nessuna delle condizioni di incompatibilità previste dal D.lgs. 39/2013 recante *“Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e gli enti privati di controllo pubblico, a norma dell'art. 1 , c.49 e 50 della L.190/2012”*.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_