

**DICHIARAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI  
INCOMPATIBILITA'**

Il/La sottoscritto/a ENRIDIO VERNO nato/a a S. EGIDIO ALA V. TA  
il 17/9/1963 e residente a S. EGIDIO ALA V. TA - CORSO ADRIATICO 314  
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**

che non sussistono cause di incompatibilità a svolgere l'incarico indicato

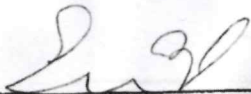
a) di non avere altri rapporti di lavoro dipendente, o di collaborazione  
continuativa o di consulenza con le altre Amministrazioni pubbliche o con  
soggetti privati, salvo quelli eventualmente derivanti da incarichi  
espressamente consentiti da disposizioni normative o autorizzati dall'  
Amministrazione

b) di non trovarsi in alcuna delle cause di incompatibilità richiamate dall'art.53  
del D.Lgs.n. 165/2001 e successive modifiche

La presente dichiarazione è resa ai sensi e per gli effetti dell'art. 20 del predetto d.lgs.  
n. 39/2013.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Firma

  
\_\_\_\_\_