

DICHIARAZIONE INSUSSISTENZA CAUSE DI INCOMPATIBILITÀ PER INCARICO DI COLLAUDATORE

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ (Prov. _____) il _____

Residente a _____ in Via/P.zza _____ n. _____

CAP _____ (Prov.) _____ Codice fiscale _____

Tel. _____ E-mail _____ Pec _____,

considerati le modalità e i criteri di selezione indicati negli articoli 4 e 5 dell'Avviso, consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del c.p. e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 DPR 445/2000,

DICHIARA

di non trovarsi in nessuna delle condizioni di incompatibilità previste dalle Disposizioni e Istruzioni per l'attuazione delle iniziative cofinanziate dai Fondi Strutturali europei 2014/2020, ovvero di:

- di non essere collegato, né come socio né come titolare, a ditte o società coinvolte nella realizzazione del progetto 13.1.1A-FSERPON-LA-2021-465 e di non avere rapporti di parentela.

(luogo e data)

FIRMA (leggibile)
