Allegato n. 2

Dichiarazione di inesistenza di cause di incompatibilità e inconferibilità (resa nelle forme di cui agli artt. 46 e 47 del d.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000) per svolgimento incarico di Medico competente triennio 2025/2028

La/Il sottoscritta/o _____codice fiscale _____

nata/o a _____ in data _____, residente a _____

provincia (_____) in via/piazza _____

n. _____

● Visto l'avviso del 10.6.2025 prot. n. 4247/A13 per l'affidamento dell'incarico di Medico competente presso l'Accademia di Belle Arti di Carrara;

● Viste le norme vigenti in materia di incompatibilità a rivestire incarichi a seguito di procedura pubblica;

DICHIARA

consapevole che la falsità in atti e dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia e che, laddove dovesse emergere la non veridicità di quanto qui dichiarato, si avrà la decadenza dai benefici eventualmente ottenuti ai sensi dell'art. 75 del d.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 e l'applicazione di ogni altra sanzione prevista dalla legge, nella predetta qualità, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del d.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000:

☐ di svolgere le seguenti attività professionali:_____;
☐ di essere a conoscenza delle norme riguardanti le incompatibilità professionali e lavorative del personale in servizio presso le pubbliche amministrazioni richiamate dall'art. 58 del D.L. n. 29/1993 e dall'art. 508, comma 10 del D.Lvo n. 297/94 (TU);
☐ di non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità professionali e lavorative ivi richiamate;
☐ che non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse con l'Accademia di Belle Arti di Carrara, ai sensi dell'art. 53 comma 14 del D.Lgs. 165/2001 come modificato dalla L. n. 190/2012;
☐ che non sussistono cause di incompatibilità e inconferibilità, ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs. 39/2013 a svolgere l'incarico previsto dal suddetto bando pubblico.
☐ di impegnarsi a comunicare all'Accademia di Belle Arti di Carrara qualsiasi variazione in merito.

Luogo e data _____

Firma della/del candidata/o _____