ALLEGATO 2

ANNO COMPETENZA 2026

DICHIARAZIONE IN MERITO ALL'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITÀ DI INCARICHI DI CUI AL D.LGS. n. 39 DEL 2013

(Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi art. 47 D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.)

Il sottoscritto

Cognome SICCI

Nome GABRIELE

Incarico in Azienda Speciale DOCENTE - FORMATORE

in attuazione del disposto di cui all'art. 20, comma 2, del D.lgs. 39/2013, e consapevole delle responsabilità civili e penali e amministrative relative a dichiarazioni false e mendaci di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. sotto la propria personale responsabilità

Dichiara

a) che non sussiste alcuna causa di incompatibilità di cui al decreto legislativo n. 39/2013 per lo svolgimento del proprio incarico presso l'Azienda Speciale Consortile per la Formazione, l'Orientamento ed il Lavoro del Lodigiano - ASFOL.
b) di non incorrere nei divieti dell'art. 53 comma 16 — ter D.lgs. 165/01 e art. 21 D.lgs. 39/13.
c) di essere informato/a che la presente dichiarazione verrà pubblicata sul sito internet dell'Azienda Speciale Consortile per la Formazione, l'Orientamento ed il Lavoro del Lodigiano - ASFOL e di prestare il relativo consenso al trattamento dei propri dati personali anche ai sensi di quanto disposto dal Regolamento UE 679/16;
d) allega copia del documento di identità fronte-retro in corso di validità;

Con la sottoscrizione della presente dichiarazione, il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente all'Azienda Speciale Consortile Per la Formazione, l'orientamento ed il lavoro del Lodigiano – ASFOL ogni e qualsivoglia mutamento della situazione dichiarata.

Data 03/02/2026

Il Dichiarante

NB: Ai sensi di quanto disposto dall'art. 38 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. la presente dichiarazione è sottoscritta dall'interessato e presentata unitamente a copia fotostatica fronte-retro non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore. La copia del documento di identità può essere inviata per via telematica.