

## DICHIARAZIONE INSUSSISTENZA MOTIVI DI INCOMPATIBILITA'

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Ai fini dell'assunzione dell'incarico di RSPP (Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione)

### CONSAPEVOLE

delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 N. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità

### DICHIARA

di non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità previste dalle disposizioni e istruzioni per l'attuazione dell'incarico di RSPP

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(Luogo) (data)

FIRMA

\_\_\_\_\_