

All. B: Schema di **dichiarazione di inesistenza di causa di incompatibilità a ricoprire l'incarico**

Al Dirigente Scolastico

dell' Istituto \_\_\_\_\_

di \_\_\_\_\_

**Oggetto: Dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità**  
*Team per la prevenzione della dispersione scolastica*

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_,

CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_;

e-mail \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

avendo preso visione dell'Avviso di selezione indetto dal Dirigente Scolastico per la selezione del gruppo Team per la prevenzione della dispersione scolastica nell'ambito del PNRR Codice progetto **M4C1I1.4-2022-981-P-18437** dal titolo **"Verso il futuro"**

**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 condizioni di incompatibilità previste dalle Disposizioni e Istruzioni per l'attuazione delle iniziative finanziate dai PNRR, ovvero di:

- di non essere incompatibile con il ruolo di componente del gruppo;

Dichiara inoltre, di non essere parente o affine del legale rappresentante dell'Istituzione scolastica o di altro personale incaricato della valutazione dei curricula per la nomina delle risorse umane necessarie alla realizzazione del PNRR di cui trattasi.

Data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_