

DICHIARAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA'
(Art. 46 del D.P.R. n. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a ROBERTO PIRELLI nato/a _____
il _____ e residente a _____

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000), sotto la propria responsabilità

DICHIARA

sotto la propria responsabilità di non avere, alla data di inizio del rapporto di lavoro a tempo pieno e indeterminato con ARPAS, altri rapporti di impiego pubblico o privato e di non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità richiamate dall'art. 53 del D.Lgs.n. 165/2001 e successive modifiche, (art. 24, comma 5 - CCNL del Comparto Sanità del 21 maggio 2018).

CAGLIARI, 19.1.2022

Firma

Roberto Pirelli