

**AUTODICHIARAZIONE
INSUSSISTENZA INCOMPATILITA'**

**Avviso di procedura di selezione di un/una candidato/a per l'affidamento di un incarico
consulenziale per il progetto "Emilia-Romagna International 2018-2019"
(Avviso Codice 2019-INT)**

Il/La sottoscritto/a , nato a.....
..... il e residente a (.....) in Via
..... CF....., PIVA:.....
ai sensi del DPR 445/2000 sotto propria responsabilità e consapevole di quanto previsto dagli art. 75 e
76 dello stesso DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

L'insussistenza di posizioni di incompatibilità con lo svolgimento dell'incarico di consulenza secondo lo
schema contrattuale della collaborazione coordinata e continuativa.

Il sottoscritto si impegna inoltre a comunicare tempestivamente a Aster S.Cons.p.A. l'eventuale
insorgere di tale incompatibilità.

Luogo e data

Firma
