**All. 2**

***(da sottoscrivere all’atto del conferimento dell’incarico e***

***rinnovare annualmente nel corso dell’incarico)***

**DICHIARAZIONE**

**SULLA INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA’**

**ai sensi del D.lgs. n. 39 dell’8 aprile 2013**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ ATTO DI NOTORIETA’**

**(art. 47 D.P.R. 445/2000)**

Il/La sottoscritto/a ……………………………………………………………………

nato a ……………………………………………. il …………………………….

C.F. ………………………………………….

in relazione all'incarico di…………………………………………………………………………

presa visione della normativa introdotta dal D. Lgs. 8 aprile 2013, n. 39, visto in particolare l’art. 20 del decreto medesimo e consapevole delle sanzioni previste dal comma 5 del succitato art. 20, nonché 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

che non sussistono cause di incompatibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell’8 aprile 2013 per lo svolgimento dell’incarico.

Il/La sottoscritto/a si dichiara consapevole che la presente dichiarazione, per espresso disposto normativo, ha validità annuale e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell’incarico.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi dell’art. 13 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 circa il trattamento dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale dell’Ispettorato nazionale del lavoro ai sensi dell’art. 20 co. 3 del D.lgs. n. 39/2013.

Luogo e data ­­ Il/La Dichiarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_