

Allegato n. 3

INAIL - Direzione Regionale

Puglia

Corso Trieste, 29 – 70126 BARI

Oggetto: DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITÀ/INCOMPATIBILITÀ DELL'INCARICO (ex Art. 20, D. Lgs 8 aprile 2013, n. 39)

(nel caso di persona giuridica, da compilare a cura del professionista psicologo-psicoterapeuta incaricato)

PARTECIPAZIONE ALLA PROCEDURA COMPARATIVA PER IL CONFERIMENTO DI N. 6 INCARICHI LIBERO-PROFESSIONALI DI PSICOLOGO INDETTA DALLA DIREZIONE REGIONALE PER LA PUGLIA DELL'INAIL.

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa _____, nato/a a _____
in data ____/____/_____, consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 DPR n. 445/2000

DICHIARA

che non sussistono situazioni di inconferibilità/incompatibilità ai sensi del D. Lgs 8 aprile 2013, n. 39 che impediscano l'espletamento dell'incarico di consulente psicologo esterno.

Per tutta la durata dell'incarico, i professionisti selezionati non dovranno trovarsi in alcuna delle situazioni di inconferibilità/incompatibilità di cui al D. Lgs. n. 39/2013 e ss. mm. ii., nonché dell'art. 53, co. 16 ter, D. Lgs. n. 165/2001. Laddove ciò si dovesse determinare, i professionisti si obbligano a darne immediata comunicazione alla Direzione regionale per la Puglia dell'Inail, nella persona del Direttore regionale p.t.

Ai sensi dell'art. 10 del D.Lgs n. 101/2018 e successive modificazioni, e del Regolamento (UE) 2016/679, le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.

Luogo e data

IN FEDE Firma leggibile