

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ASSENZA DI INCOMPATIBILITA'**

*D.LGS 117/2017 Art.17*

(resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_,  
nato/a \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_,  
in qualità candidato dell'Avis Comunale \_\_\_\_\_,  
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 nella condizioni di incompatibilità di seguito elencata:**

- **Art. 17, comma 5, D.Lgs. 117/2017 (Rapporti di lavoro subordinato o autonomo ed ogni altro rapporto di contenuto patrimoniale);**

Luogo, .....data .....

FIRMA .....

Si allega copia documento d'identità in corso di validità