Allegato B

DICHIARAZIONE ASSENZA CAUSE DI INCOMPATIBILITÀ

(Ai sensi dell'art. 9 del Regolamento regionale n. 3/2015)

La/Il sottoscritta/o ___BRUNO CHIUSA_____

nata/o a __---------_____ il _____-------_____,

quale componente di commissione esaminatrice nell'ambito della procedura di selezione: "Avviso di selezione per l'assunzione del Direttore del Consorzio Fitosanitario Provinciale di Piacenza ai sensi dell'art. 6 della L.R. n. 16 del 1996 e ss. mm. e ii. con contratto di lavoro a tempo determinato ai sensi dell'art. 18 della L.R. 43/2001".

Valendosi delle disposizioni di cui al D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 della normativa citata per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché delle conseguenze di cui all'art. 75, comma 1, del medesimo D.P.R., e sotto la propria personale responsabilità,

DICHIARA

- di non essere componente di organi di direzione politica della Regione Emilia-Romagna;

- di non ricoprire cariche politiche;

- di non essere rappresentante sindacale in qualità di dirigente o componente delle rappresentanze sindacali unitarie o designato dalle confederazioni ed organizzazioni sindacali, né dalle associazioni professionali.

Data ___04/05/2026_____ Firma

Originale firmato agli atti