Allegato C

DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITÀ
(Art. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a __ROBERTA ROZZI_____nato/a a _____------_____ il ___-

---_____codice fiscale _____----_____

in qualità di Componente della Commissione esaminatrice del concorso pubblico per "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"

bandito dal Consorzio Fitosanitario Provinciale di Piacenza

Valendosi delle disposizioni di cui al D.P.R. 28 dicembre 2000, nr. 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.,

- Presa visione dell'elenco dei candidati ammessi alla procedura selettiva
- In riferimento ai componenti del collegio di esaminatori per la selezione sopraindicata

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità, che non sussistono condizioni di incompatibilità ai sensi di quanto previsto dal comma 2 dell'art. 9 del Regolamento Regionale 08 novembre 2021, nr. 1.

Piacenza, __01/06/2026___

Firma
Originale firmato agli atti