**Dichiarazione sull’insussistenza di cause di inconferibilità e di incompatibilità**

**(ex art.20, comma 1 del D.Lgs. n.39/2013)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in relazione all’incarico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_affidato dal Consiglio dell’Ordine degli Psicologi della Lombardia, sotto la propria responsabilità ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n.445/2000,

DICHIARA

di non incorrere in alcuna delle cause di inconferibilità e di incompatibilità previste dal D.Lgs. n.39/2013.

Il/La sottoscritto/a si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rendere, nel caso, una nuova dichiarazione sostitutiva.

La presente dichiarazione è resa ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 20 del citato D.Lgs. n.39/2013 e secondo quanto indicato dalla delibera n.25 del 15/01/2020 dell’Autorità Nazionale Anticorruzione.

Per accettazione:

(luogo e data) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_