

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____

titolare di contratto a tempo determinato presso _____

in qualità di _____

dichiara

sotto la propria responsabilità:

- 1) di non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità di cui all'art. 58 del D.L.vo n° 29/93 e all'art. del D.L.vo n° 297/94;
- 2) di non avere altri rapporti di impiego pubblico o privato;
- 3) di non percepire alcuna pensione INPS.

Firma

Imola, _____
