



Allegato 2

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AI SENSI DEL DPR 445/2000 – INCOMPATIBILITÀ

AI SENSI DEL DPR 445/2000

IL/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_

sotto la propria responsabilità e consapevole di quanto disposto dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e delle conseguenze di natura penale in caso di dichiarazioni mendaci

### DICHIARA

- Di non trovarsi in condizioni di incompatibilità secondo quanto previsto dall'articolo 8 del Regolamento per la Formazione Continua degli Assistenti Sociali ai sensi del DPR 137/2012, in vigore dal 01 Gennaio 2023;
- di aver adempiuto all'obbligo di formazione continua ai sensi del DPR 137/2012 o di aver concluso la sanzione relativa a eventuale inadempienza;
- di non aver procedimenti in corso presso il Consiglio Territoriale di Disciplina per inadempienza dell'obbligo formativo;

Data e Luogo \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante (digitale o autografa con doc identità) \_\_\_\_\_