



**UNIVERSITÀ
DEL SALENTO**

**DICHIARAZIONE SULLA INSUSSISTENZA
DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA'**
(Ai sensi dell'art. 20, comma 2, del D.lgs. n. 39/2013)

Il sottoscritto Tarricone Mario, nato a XXX il XXX con riferimento all'incarico di Dirigente della Ripartizione Risorse Umane di questa Università affidato con D.D. n. 165 del 29/04/2016;

DICHIARA

ai sensi di quanto previsto dall'art. 20, comma 2, del D.Lgs. n. 39/2013, l'insussistenza delle cause di incompatibilità previste dal medesimo Decreto Legislativo.

data, 02/05/2016

Firma
F.to Dott. Mario Tarricone