Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ex art.47 D.P.R. n.445/2000 e successive modificazioni e integrazioni

La sottoscritta AVANTAGGIATO Severina nata a Corigliano d'Otranto il 16/06/1958, residente a Maglie in via Nicola Ferramosca, 123 C.F. VNTSRN58H56D006X, consapevole delle sanzioni penali prescritte dall'art. 76 del D.P.R. n.28/2000, n.455 e s.m.i. nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti con i provvedimenti emanati sulla scorta di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art.75 del D.P.R. medesimo nonché delle sanzione di cui all'art. 20, comma 5, del D.Lgs. n.39/2013, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di non essere coniugata.

Con la sottoscrizione della presente dichiarazione si autorizza espressamente il trattamento dei propri dati personali nel rispetto di quanto disposto in materia dal D.Lgs. n.196/2003 e successive modificazioni e integrazioni.

Data 06/12/2021

Il Dichiarante

Avantaggiato Severina

In caso di sottoscrizione con firma autografa allegare copia del documento di identità

DICHIARAZIONE IN MERITO ALLA INSUSSISTENZA/SUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA'/INCOMPATIBILITA' (ai sensi del D.Lgs. n.39/2013)

(Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ex art.47 D.P.R. n.445/2000 e s.m.i.)

La sottoscritta AVANTAGGIATO Severina nata a Corigliano d'Otranto il 16/06/1958, residente a Maglie in via Nicola Ferramosca, 123 C.F. VNTSRN58H56D006X

consapevole delle sanzioni penali prescritte dall'art. 76 del D.P.R. n.28/2000, n.455 e s.m.i. nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti con i provvedimenti emanati sulla scorta di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art.75 del D.P.R. medesimo nonché delle sanzione di cui all'art. 20, comma 5, del D.Lgs. n.39/2013, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- che nei propri confronti non sussistono cause di inconferibilità (art. da 3 a 8) né di incompatibilità (art. da 9 a 14) ai sensi delle disposizioni di cui al citato D.Lgs. n.39/2013 per l'espletamento dell'incarico di (Presidente, Vice Presidente, Segretario, Tesoriere, Consigliere, Revisore dei Conti, Commissione Albo Infermiere, Commissione Albo Infermiere Pediatrico) Componente Commissione Albo Infermiere presso l'OPI di Lecce;

- di essere informato che, ai sensi dell'art.20 del D.Lgs. n.39/2013 la presente dichiarazione, da rinnovare ogni anno, verrà pubblicata sul sito istituzionale dell'OPI di Lecce, nella sezione "Amministrazione Trasparente".

Con la sottoscrizione della presente dichiarazione si autorizza espressamente il trattamento dei propri dati personali nel rispetto di quanto disposto in materia dal D.Lgs. n.196/2003 e s.m.i.

Data 06/12/2021

Il Dichiarante

Avantaggiato Severina

In caso di sottoscrizione con firma autografa allegare copia del documento di identità

Cognome AVANTAGGIATO
Nome SEVERINA
nato il 16-06-1958
(atto n. 57 P. 1 S. A 1958)
a CORIGLIANO D'OTRANTO (LE)
Cittadinanza Italiana
Residenza MAGLIE (LE)
Via N. FERRAMOSCA 123 i 1
Stato civile STATO LIBERO
Professione INFERM. PROFESSIONALE

CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI

Statura 162
Capelli Castani
Occhi Castani
Segni particolari NESSUNO

Firma del titolare [illegible]

MAGLIE li 05 [illegible]

IL SINDACO

MAGLIE dr. [illegible]

MAGLIE
5,26
SEGRETERIA

Scadenza : 16-06-2026
Dir.tt. : 5,42

AX 2319888

REPVBBLICA ITALIANA

COMVNE DI
MAGLIE

CARTA D'IDENTITA'
N° AX 2319888

DI
AVANTAGGIATO SEVERINA

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ex art.47 D.P.R. n.445/2000 e successive modificazioni e integrazioni

Il/La sottoscritto/a BIANCO ALESSANDRO nato/a a GALLIPOLI residente a GALLIPOLI in via CORSO ITALIA C.F. BNCLSN81M24D883K, consapevole delle sanzioni penali prescritte dall'art. 76 del D.P.R. n.28/2000, n.455 e s.m.i. nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti con i provvedimenti emanati sulla scorta di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art.75 del D.P.R. medesimo nonché delle sanzione di cui all'art. 20, comma 5, del D.Lgs. n.39/2013, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- che il proprio coniuge, non legalmente separato, e/o i propri parenti entro il 2° grado, esercitano il diniego alla dichiarazione e pubblicazione dei propri redditi e della propria situazione patrimoniale.

Con la sottoscrizione della presente dichiarazione si autorizza espressamente il trattamento dei propri dati personali nel rispetto di quanto disposto in materia dal regolamento 2016/679 e successive modificazioni e integrazioni.

allegare

Data 15/12/2021

Il Dichiarante

In caso di sottoscrizione con firma autografa allegare copia del documento di identità

DICHIARAZIONE IN MERITO ALLA INSUSSISTENZA/SUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA'/INCOMPATIBILITA' (ai sensi del D.Lgs. n.39/2013)

(Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ex art.47 D.P.R. n.445/2000 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/~~a~~ BIANCO ALESSANDRO nato/~~a~~ a GALLIPOLI residente a GALLIPOLI in via CORSO ITALIA C.F. BNCLSN81M24D883K, consapevole delle sanzioni penali prescritte dall'art. 76 del D.P.R. n.28/2000, n.455 e s.m.i. nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti con i provvedimenti emanati sulla scorta di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art.75 del D.P.R. medesimo nonché delle sanzione di cui all'art. 20, comma 5, del D.Lgs. n.39/2013, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- che nei propri confronti non sussistono cause di inconferibilità (art. da 3 a 8) né di incompatibilità (art. da 9 a 14) ai sensi delle disposizioni di cui al citato D.Lgs. n.39/2013 per l'espletamento dell'incarico di (Presidente, Vice Presidente, Segretario, Tesoriere, Consigliere, Revisore dei Conti, Commissioni Albo Infermiere, Commissione Albo Infermiere Pediatrico) _____ presso l'OPI di Lecce;

- di essere informato che, ai sensi dell'art.20 del D.Lgs. n.39/2013 la presente dichiarazione, da rinnovare ogni anno, verrà pubblicata sul sito istituzionale dell'OPI di Lecce, nella sezione "Amministrazione Trasparente".

Con la sottoscrizione della presente dichiarazione si autorizza espressamente il trattamento dei propri dati personali nel rispetto di quanto disposto in materia dal Regolamento 2016/679 e s.m.i.

Data 15/12/2021

Il Dichiarante

In caso di sottoscrizione con firma autografa allegare copia del documento di identità

COGNOME E NOME DEL PADRE E DELLA MADRE O DI CHI NE FA LE VECI
FATHER AND MOTHER'S TUTOR'S NAME

CODICE FISCALE
FISCAL CODE
BNCLSN81M24D883K

ESTREMI ATTO DI NASCITA
A00-1-A-1981

INDIRIZZO DI RESIDENZA / *RESIDENCE*
CORSO ITALIA 62 P. 1 GALLIPOLI (LE)

C<ITACA95002EB5<<<<<<<<<<<<<<<
8108245M2908247ITA<<<<<<<<<<<0
BIANCO<<ALESSANDRO<<<<<<<<<<<<

REPUBBLICA ITALIANA
MINISTERO DELL'INTERNO
CARTA DI IDENTITÀ / *IDENTITY CARD*
COMUNE DI / *MUNICIPALITY*
GALLIPOLI

CA95002EB

COGNOME / *SURNAME*
BIANCO
NOME / *NAME*
ALESSANDRO
LUOGO E DATA DI NASCITA
PLACE AND DATE OF BIRTH
GALLIPOLI (LE) 24.08.1981
SESSO
SEX
M
STATURA
HEIGHT
180
CITTADINANZA
NATIONALITY
ITA
EMISSIONE / *ISSUING*
17.05.2019
SCADENZA / *EXPIRY*
24.08.2029
FIRMA DEL TITOLARE
HOLDER'S SIGNATURE

530215

DICHIARAZIONE IN MERITO ALLA INSUSSISTENZA/SUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA'/INCOMPATIBILITA' (ai sensi del D.Lgs. n.39/2013)

(Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ex art.47 D.P.R. n.445/2000 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a CIPRESSA ADALBERTO nato/a a COPERTINO residente a COPERTINO in via A. PRETE 21 C.F. CPRDBRS8C09C9F8O, consapevole delle sanzioni penali prescritte dall'art. 76 del D.P.R. n.28/2000, n.455 e s.m.i. nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti con i provvedimenti emanati sulla scorta di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art.75 del D.P.R. medesimo nonché delle sanzione di cui all'art. 20, comma 5, del D.Lgs. n.39/2013, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

☒ che nei propri confronti non sussistono cause di inconferibilità (art. da 3 a 8) né di incompatibilità (art. da 9 a 14) ai sensi delle disposizioni di cui al citato D.Lgs. n.39/2013 per l'espletamento dell'incarico di (Presidente, Vice Presidente, Segretario, Tesoriere, Consigliere, Revisore dei Conti, Commissioni Albo Infermiere, Commissione Albo Infermiere Pediatrico) _____ presso l'OPI di Lecce;

☒ di essere informato che, ai sensi dell'art.20 del D.Lgs. n.39/2013 la presente dichiarazione, da rinnovare ogni anno, verrà pubblicata sul sito istituzionale dell'OPI di Lecce, nella sezione "Amministrazione Trasparente".

Con la sottoscrizione della presente dichiarazione si autorizza espressamente il trattamento dei propri dati personali nel rispetto di quanto disposto in materia dal Regolamento 2016/679 e s.m.i.

Data 17.12.2021

Il Dichiarante

Cipressa Adalberto

In caso di sottoscrizione con firma autografa allegare copia del documento di identità

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ex art.47 D.P.R. n.445/2000 e successive modificazioni e integrazioni

Il/La sottoscritto/a CIPRESSA ADALBERTO nato/a a COPERTINO residente a COPERTINO in via A. PREITE 21 C.F. CPRDBR58C09C978O, consapevole delle sanzioni penali prescritte dall'art. 76 del D.P.R. n.28/2000, n.455 e s.m.i. nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti con i provvedimenti emanati sulla scorta di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art.75 del D.P.R. medesimo nonché delle sanzione di cui all'art. 20, comma 5, del D.Lgs. n.39/2013, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- che il proprio coniuge, non legalmente separato, e/o i propri parenti entro il 2° grado, esercitano il diniego alla dichiarazione e pubblicazione dei propri redditi e della propria situazione patrimoniale.

Con la sottoscrizione della presente dichiarazione si autorizza espressamente il trattamento dei propri dati personali nel rispetto di quanto disposto in materia dal regolamento 2016/679 e successive modificazioni e integrazioni.

allegare

Data 17.12.2021

Il Dichiarante

Cipressa Adalberto

In caso di sottoscrizione con firma autografa allegare copia del documento di identità

REPUBBLICA ITALIANA
MINISTERO DELL'INTERNO

CA73994CI

CARTA DI IDENTITÀ / *IDENTITY CARD*

COMUNE DI / *MUNICIPALITY*
COPERTINO

COGNOME / *SURNAME*
CIPRESSA

NOME / *NAME*
ADALBERTO

LUOGO E DATA DI NASCITA
PLACE AND DATE OF BIRTH
COPERTINO (LE) 09.03.1958

SESSO / *SEX*
M

STATURA / *HEIGHT*
170

CITTADINANZA / *NATIONALITY*
ITA

EMISSIONE / *ISSUING*
28.09.2018

SCADENZA / *EXPIRY*
09.03.2029

FIRMA DEL TITOLARE
HOLDER'S SIGNATURE

009131

DICHIARAZIONE IN MERITO ALLA INSUSSISTENZA/SUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA'/INCOMPATIBILITA' (ai sensi del D.Lgs. n.39/2013)

(Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ex art.47 D.P.R. n.445/2000 e s.m.i.)

Il sottoscritto **MIGLIETTA COSIMO SALVATORE** nato a **CAMPI SALENTINA** residente a **LECCE** in via **CHARLES LE CORBUSIER 39** C.F. **MGLCMS79P26B506L,**
consapevole delle sanzioni penali prescritte dall'art. 76 del D.P.R. n.28/2000, n.455 e s.m.i. nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti con i provvedimenti emanati sulla scorta di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art.75 del D.P.R. medesimo nonché delle sanzione di cui all'art. 20, comma 5, del D.Lgs. n.39/2013, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- che nei propri confronti non sussistono cause di inconferibilità (art. da 3 a 8) né di incompatibilità (art. da 9 a 14) ai sensi delle disposizioni di cui al citato D.Lgs. n.39/2013 per l'espletamento dell'incarico di (Presidente, Vice Presidente, Segretario, Tesoriere, Consigliere, Revisore dei Conti, Commissioni Albo Infermiere, Commissione Albo Infermiere Pediatrico) **SEGRETARIO COMMISSIONE ALBO INFERMIERI** presso l'OPI di Lecce;

- di essere informato che, ai sensi dell'art.20 del D.Lgs. n.39/2013 la presente dichiarazione, da rinnovare ogni anno, verrà pubblicata sul sito istituzionale dell'OPI di Lecce, nella sezione "Amministrazione Trasparente".

Con la sottoscrizione della presente dichiarazione si autorizza espressamente il trattamento dei propri dati personali nel rispetto di quanto disposto in materia dal Regolamento 2016/679 e s.m.i.

Data **LECCE 25/12/21**

Il Dichiarante

In caso di sottoscrizione con firma autografa allegare copia del documento di identità

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ex art.47 D.P.R. n.445/2000 e successive modificazioni e integrazioni

Il sottoscritto **MIGLIETTA COSIMO SALVATORE** nato a **CAMPI SALENTINA** residente a **LECCE** in via **CHARLES LE CORBUSIER 39** C.F. **MGLCMS79P26B506L,**
consapevole delle sanzioni penali prescritte dall'art. 76 del D.P.R. n.28/2000, n.455 e s.m.i. nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti con i provvedimenti emanati sulla scorta di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art.75 del D.P.R. medesimo nonché delle sanzione di cui all'art. 20, comma 5, del D.Lgs. n.39/2013, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- che il proprio coniuge, non legalmente separato, e/o i propri parenti entro il 2° grado, esercitano il diniego alla dichiarazione e pubblicazione dei propri redditi e della propria situazione patrimoniale.

Con la sottoscrizione della presente dichiarazione si autorizza espressamente il trattamento dei propri dati personali nel rispetto di quanto disposto in materia dal regolamento 2016/679 e successive modificazioni e integrazioni.

allegare

Data 25/12/2021

Il Dichiarante

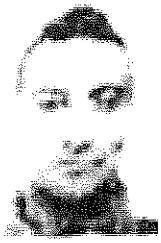
In caso di sottoscrizione con firma autografa allegare copia del documento di identità

FATHER AND MOTHER'S TUTOR'S NAME

CODICE FISCALE
FISCAL CODE
MGLCMS79P26B506L

ESTREMI ATTO DI NASCITA
538 p1 sA-1979 075011

INDIRIZZO DI RESIDENZA / RESIDENCE
VIA CHARLES LE CORBUSIER, N. 37 LECCE (LE)



C<ITACA23630FV4<<<<<<<<<<<<<<<<
7909261M3009266ITA<<<<<<<<<<<6
MIGLIETTA<<COSIMO<SALVATORE<<<

REPUBBLIC IANA
MINISTERO DE INTERNO

CARTA DI IDENTITÀ / IDENTITY CARD

COMUNE DI / MUNICIPALITY
LECCE

COGNOME / SURNAME
MIGLIETTA

NOME / NAME
COSIMO SALVATORE

LUOGO E DATA DI NASCITA
PLACE AND DATE OF BIRTH
CAMPI SALENTINA (LE) 26.09.1979

SESSO / SEX	STATURA / HEIGHT	CITTADINANZA / NATIONALITY
M	169	ITA

EMISSIONE / ISSUING
13.01.2020

SCADENZA / EXPIRY
26.09.2030

FIRMA DEL TITOLARE
HOLDER'S SIGNATURE

903645

DICHIARAZIONE IN MERITO ALLA INSUSSISTENZA/SUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA'/INCOMPATIBILITA' (ai sensi del D.Lgs. n.39/2013)

(Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ex art.47 D.P.R. n.445/2000 e s.m.i.)

Il/~~La~~ sottoscritto/~~a~~ MINERVELLO VITO nato/~~a~~ a TRICASE residente a VEGLIE in via A. DA BARBIANO C.F. MNRVTI74M05L419A, consapevole delle sanzioni penali prescritte dall'art. 76 del D.P.R. n.28/2000, n.455 e s.m.i. nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti con i provvedimenti emanati sulla scorta di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art.75 del D.P.R. medesimo nonché delle sanzione di cui all'art. 20, comma 5, del D.Lgs. n.39/2013, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- che nei propri confronti non sussistono cause di inconferibilità (art. da 3 a 8) né di incompatibilità (art. da 9 a 14) ai sensi delle disposizioni di cui al citato D.Lgs. n.39/2013 per l'espletamento dell'incarico di (Presidente, Vice Presidente, Segretario, Tesoriere, Consigliere, Revisore dei Conti, Commissioni Albo Infermiere, Commissione Albo Infermiere Pediatrico) COMMISSIONE ALBO INFERMIERE presso l'OPI di Lecce;

- di essere informato che, ai sensi dell'art.20 del D.Lgs. n.39/2013 la presente dichiarazione, da rinnovare ogni anno, verrà pubblicata sul sito istituzionale dell'OPI di Lecce, nella sezione "Amministrazione Trasparente".

Con la sottoscrizione della presente dichiarazione si autorizza espressamente il trattamento dei propri dati personali nel rispetto di quanto disposto in materia dal Regolamento 2016/679 e s.m.i.

Data 05.01.2022

Il Dichiarante

V. Minervello

In caso di sottoscrizione con firma autografa allegare copia del documento di identità

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ex art.47 D.P.R. n.445/2000 e successive modificazioni e integrazioni

Il/~~La~~ sottoscritto/~~a~~ MINUTELLO VITO nato/~~a~~ a TRICASE residente a VASTO in via A. DA BARBIANO 6 C.F. MNTVTI74M05L419A, consapevole delle sanzioni penali prescritte dall'art. 76 del D.P.R. n.28/2000, n.455 e s.m.i. nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti con i provvedimenti emanati sulla scorta di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art.75 del D.P.R. medesimo nonché delle sanzione di cui all'art. 20, comma 5, del D.Lgs. n.39/2013, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- che il proprio coniuge, non legalmente separato, e/o i propri parenti entro il 2° grado, esercitano il diniego alla dichiarazione e pubblicazione dei propri redditi e della propria situazione patrimoniale.

Con la sottoscrizione della presente dichiarazione si autorizza espressamente il trattamento dei propri dati personali nel rispetto di quanto disposto in materia dal regolamento 2016/679 e successive modificazioni e integrazioni.

allegare

Data 05.01.2022

Il Dichiarante

In caso di sottoscrizione con firma autografa allegare copia del documento di identità

CARTA
DI IDENTITÀ
ELETTRONICA

MINISTERO
DELL'INTERNO

Riepilogo dati della CIE e del titolare per accettazione

Fotografia

Numero unico nazionale	**CA08708KX**
Comune di	**UGENTO**
Data di emissione	**04/01/2022**
Valida per espatrio	**SI**
Documento del richiedente	**Carta di identità cartacea AT2720341**
Stampa CIE bilingue	**NO**

Cognome	**MINUTELLO**
Cognome stampato	**MINUTELLO**
Nome	**VITO**
Nome stampato	**VITO**
Codice fiscale	**MNTVTI74M05L419A**
Sesso	**M**
Statura	**170 cm**
Luogo di nascita	**TRICASE (LE)**
Luogo di nascita stampato	**TRICASE (LE)**
Data di nascita	**05/08/1974**
Estremi atto di nascita	**503 p1 sA-1974 075088**
Cittadinanza	**ITALIA**
Luogo di residenza	**VIA ALBERICO DA BARBIANO, N. 6 UGENTO (LE)**
Luogo di residenza stampato	**VIA ALBERICO DA BARBIANO, N. 6 UGENTO (LE)**
Metodo di pagamento	**Pagamenti online**
Motivo di emissione	**SCADENZA NATURALE DEL CERTIFICATO**
Firma titolare	

Firme dei testimoni	
Nome, cognome dei testimoni	
Estremi dei documenti dei testimoni	
Firme del padre e della madre o del tutore	
Nome, cognome del padre e della madre o del tutore	
Estremi dei documenti del padre e della madre o del tutore	
Stampa padre e madre/tutore	
Padre e madre/tutore stampati	
Denominazione operatore	**ELENA ORLANDO**
Firma operatore	

DICHIARAZIONE IN MERITO ALLA INSUSSISTENZA/SUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA'/INCOMPATIBILITA' (ai sensi del D.Lgs. n.39/2013)

(Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ex art.47 D.P.R. n.445/2000 e s.m.i.)

Il sottoscritto NEGRO ANTONIO nato a MAGLIE residente a SPONGANO in via G.D'ANNUNZIO 42/D C.F. NGRNTN71E03E815P,
consapevole delle sanzioni penali prescritte dall'art. 76 del D.P.R. n.28/2000, n.455 e s.m.i. nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti con i provvedimenti emanati sulla scorta di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art.75 del D.P.R. medesimo nonché delle sanzione di cui all'art. 20, comma 5, del D.Lgs. n.39/2013, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- che nei propri confronti non sussistono cause di inconferibilità (art. da 3 a 8) né di incompatibilità (art. da 9 a 14) ai sensi delle disposizioni di cui al citato D.Lgs. n.39/2013 per l'espletamento dell'incarico di (Presidente, Vice Presidente, Segretario, Tesoriere, Consigliere, Revisore dei Conti, Commissioni Albo Infermiere, Commissione Albo Infermiere Pediatrico) COMMISSIONE ALBO INFERMIERI presso l'OPI di Lecce;

- di essere informato che, ai sensi dell'art.20 del D.Lgs. n.39/2013 la presente dichiarazione, da rinnovare ogni anno, verrà pubblicata sul sito istituzionale dell'OPI di Lecce, nella sezione "Amministrazione Trasparente".

Con la sottoscrizione della presente dichiarazione si autorizza espressamente il trattamento dei propri dati personali nel rispetto di quanto disposto in materia dal Regolamento 2016/679 e s.m.i.

Data 05/12/2021

Il Dichiarante

In caso di sottoscrizion

to di identità

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ex art.47 D.P.R. n.445/2000 e successive modificazioni e integrazioni

Il sottoscritto NEGRO ANTONIO nato a MAGLIE residente a SPONGANO in via G. D'ANNUNZIO 42D C.F. NGRNTN71E03E815P,
consapevole delle sanzioni penali prescritte dall'art. 76 del D.P.R. n.28/2000, n.455 e s.m.i. nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti con i provvedimenti emanati sulla scorta di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art.75 del D.P.R. medesimo nonché delle sanzione di cui all'art. 20, comma 5, del D.Lgs. n.39/2013, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- che il proprio coniuge, non legalmente separato, e/o i propri parenti entro il 2° grado, esercitano il diniego alla dichiarazione e pubblicazione dei propri redditi e della propria situazione patrimoniale.

Con la sottoscrizione della presente dichiarazione si autorizza espressamente il trattamento dei propri dati personali nel rispetto di quanto disposto in materia dal regolamento 2016/679 e successive modificazioni e integrazioni.

allegare

Data 05/12/2021

Il Dichiarante

In caso di sottoscrizione con firma autografa allegare copia del documento di identità

REPUBBLICA ITALIANA
MINISTERO DELL'INTERNO
CARTA DI IDENTITÀ / IDENTITY CARD
COMUNE DI / MUNICIPALITY
SPONGANO
CA68815CJ
COGNOME / SURNAME
NEGRO
NOME / NAME
ANTONIO
LUOGO E DATA DI NASCITA / PLACE AND DATE OF BIRTH
MAGLIE (LE) 03.05.1971
SESSO / SEX M
STATURA / HEIGHT 183
CITTADINANZA / NATIONALITY ITA
EMISSIONE / ISSUING 03.06.2020
SCADENZA / EXPIRY 03.05.2031
FIRMA DEL TITOLARE / HOLDER'S SIGNATURE
LOGB
668128

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ex art.47 D.P.R. n.445/2000 e successive modificazioni e integrazioni

Il/La sottoscritto/a Quagnano_Gianna____ nato/a a _Galatina_____ residente a _Galatone_____ in via A. Letizia___ C.F. __QGNGNN68S69D862K_____, consapevole delle sanzioni penali prescritte dall'art. 76 del D.P.R. n.28/2000, n.455 e s.m.i. nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti con i provvedimenti emanati sulla scorta di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art.75 del D.P.R. medesimo nonché delle sanzione di cui all'art. 20, comma 5, del D.Lgs. n.39/2013, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- che il proprio coniuge, non legalmente separato, e/o i propri parenti entro il 2° grado, esercitano il diniego alla dichiarazione e pubblicazione dei propri redditi e della propria situazione patrimoniale.

Con la sottoscrizione della presente dichiarazione si autorizza espressamente il trattamento dei propri dati personali nel rispetto di quanto disposto in materia dal regolamento 2016/679 e successive modificazioni e integrazioni.

allegare

Data 21/12/21

Il Dichiarante

In caso di sottoscrizione con firma autografa allegare copia del documento di identità

DICHIARAZIONE IN MERITO ALLA INSUSSISTENZA/SUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA'/INCOMPATIBILITA' (ai sensi del D.Lgs. n.39/2013)

(Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ex art.47 D.P.R. n.445/2000 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a _QUAGNANO GIANNA__ nato/a a GALATINA_____residente a _____GALATONE_____ in via _LETIZIA 41_____ C.F. QGNGNN68S69D862K_____, consapevole delle sanzioni penali prescritte dall'art. 76 del D.P.R. n.28/2000, n.455 e s.m.i. nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti con i provvedimenti emanati sulla scorta di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art.75 del D.P.R. medesimo nonché delle sanzione di cui all'art. 20, comma 5, del D.Lgs. n.39/2013, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- che nei propri confronti non sussistono cause di inconferibilità (art. da 3 a 8) né di incompatibilità (art. da 9 a 14) ai sensi delle disposizioni di cui al citato D.Lgs. n.39/2013 per l'espletamento dell'incarico di (Presidente, Vice Presidente, Segretario, Tesoriere, Consigliere, Revisore dei Conti, Commissioni Albo Infermiere, Commissione Albo Infermiere Pediatrico) COMMISSIONE ALBO INFERMIERE___ presso l'OPI di Lecce;

- di essere informato che, ai sensi dell'art.20 del D.Lgs. n.39/2013 la presente dichiarazione, da rinnovare ogni anno, verrà pubblicata sul sito istituzionale dell'OPI di Lecce, nella sezione "Amministrazione Trasparente".

Con la sottoscrizione della presente dichiarazione si autorizza espressamente il trattamento dei propri dati personali nel rispetto di quanto disposto in materia dal Regolamento 2016/679 e s.m.i.

Data __21/12/21_____

Il Dichiarante

In caso di sottoscrizione con firma autografa allegare copia del documento di identità

Cognome QUAGNANO

Nome GIANNA

nato il 29/11/1968

(atto n. 644 P. I S. A)

a GALATINA (LE)

Cittadinanza ITALIANA

Residenza GALATONE (LE)

Via VIA LETIZIA, 41

Stato civile ---

Professione INFERMIERA PROFESS.

CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI

Statura 1.73

Capelli CASTANI

Occhi CASTANI

Segni particolari NESSUNO.-

Firma del titolare

GALATONE, lì 16/10/2012

d'ordine del Sindaco
IL FUNZIONARIO
L'Impiegato Inc.
(Valero MURRONE)

Impronta del dito indice sinistro

COMUNE DI GALATONE
COMUNE DI GALATONE

DOCUMENTO VALIDO
SINO AL 29/11/2022

AU 0482330

I.P.Z.S. S.p.A. - D.G.V. - ROMA

REPVBBLICA ITALIANA

COMVNE DI
GALATONE

CARTA D'IDENTITA'

N° AU 0482330

DI

QUAGNANO

GIANNA

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ex art.47 D.P.R. n.445/2000 e successive modificazioni e integrazioni

La sottoscritta ANNA LUCIA RUSSO nata a CAVALLINO residente a CAVALLINO in via CAPRARICA N. 109 C.F. RSSNLC60D58C377G,
consapevole delle sanzioni penali prescritte dall'art. 76 del D.P.R. n.28/2000, n.455 e s.m.i. nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti con i provvedimenti emanati sulla scorta di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art.75 del D.P.R. medesimo nonché delle sanzione di cui all'art. 20, comma 5, del D.Lgs. n.39/2013, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- che il proprio coniuge, non legalmente separato, e/o i propri parenti entro il 2° grado, esercitano il diniego alla dichiarazione e pubblicazione dei propri redditi e della propria situazione patrimoniale.

Con la sottoscrizione della presente dichiarazione si autorizza espressamente il trattamento dei propri dati personali nel rispetto di quanto disposto in materia dal regolamento 2016/679 e successive modificazioni e integrazioni.

allegare

Data 10/01/2022

Il Dichiarante

Anna Lucia Russo

In caso di sottoscrizione con firma autografa allegare copia del documento di identità

DICHIARAZIONE IN MERITO ALLA INSUSSISTENZA/SUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA'/INCOMPATIBILITA' (ai sensi del D.Lgs. n.39/2013)

(Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ex art.47 D.P.R. n.445/2000 e s.m.i.)

La sottoscritta ANNA LUCIA RUSSO nata a CAVALLINO residente a CAVALLINO in via CAPRARICA N. 109 C.F. RSSNLC60D58C377G,
consapevole delle sanzioni penali prescritte dall'art. 76 del D.P.R. n.28/2000, n.455 e s.m.i. nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti con i provvedimenti emanati sulla scorta di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art.75 del D.P.R. medesimo nonché delle sanzione di cui all'art. 20, comma 5, del D.Lgs. n.39/2013, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- che nei propri confronti non sussistono cause di inconferibilità (art. da 3 a 8) né di incompatibilità (art. da 9 a 14) ai sensi delle disposizioni di cui al citato D.Lgs. n.39/2013 per l'espletamento dell'incarico di (Presidente, Vice Presidente, Segretario, Tesoriere, Consigliere, Revisore dei Conti, Commissioni Albo Infermiere, Commissione Albo Infermiere Pediatrico) COMMISSIONI ALBO presso l'OPI di Lecce;

- di essere informato che, ai sensi dell'art.20 del D.Lgs. n.39/2013 la presente dichiarazione, da rinnovare ogni anno, verrà pubblicata sul sito istituzionale dell'OPI di Lecce, nella sezione "Amministrazione Trasparente".

Con la sottoscrizione della presente dichiarazione si autorizza espressamente il trattamento dei propri dati personali nel rispetto di quanto disposto in materia dal Regolamento 2016/679 e s.m.i.

Data 10/01/2022

Il Dichiarante

Anna Lucia Russo

In caso di sottoscrizione con firma autografa allegare copia del documento di identità

Cognome RUSSO
Nome ANNA LUCIA
nato il 18/04/1960
(atto n. 28 p 1 s A)
a Cavallino ( )
Cittadinanza Italiana
Residenza CAVALLINO
Via VIA CAPRARICA n.108
Stato civile CONIUGATA
Professione INFERMIERA PROF.LE

CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
Statura 1,50
Capelli BRIZZOLATI
Occhi CASTANI
Segni particolari /

Firma del titolare Anna Lucia Russo
Cavallino li 07-08-2014

Impronta del dito indice sinistro

IL FUNZIONARIO
UFFICIALE D'ANAGRAFE
(Livio GIGANTE)

TOTALE 5,42

DOCUMENTO VALIDO
FINO AL 18/04/2025

AV 0863571

REPVBBLICA ITALIANA

COMVNE DI
CAVALLINO
Prov. di Lecce

CARTA D'IDENTITA'

N° AV 0863571

DI

== RUSSO ==
== ANNA LUCIA ==