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

Il/La sottoscritto/a RUSSO ANNALUCIA nato/a a CAVALLINO residente a CAVALLINO (LE) in via G. CAPRARICA 109, C.F. RSSNLC60D58C3774 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 sanzioni 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 19-12-2022

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.)

Il/La sottoscritto/a RUSSO ANNA LUCA nato/a a CAVALLINO (LE) residente a CAVALLINO (LE) in via CATRARICA, 105 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, Vicepresidente, Segretario, Tesoriere, Consigliere, Revisore dei Conti, Commissioni Albo Infermiere, Commissione Albo Infermiere Pediatrico) CONSIGLIERE 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 19-12-2022

Il Dichiarante

Anna Luca Russo

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

DOCUMENTO VALIDO
FINO AL 18/04/2025

AV 0863571

I.P.Z.S. S.p.A. - O.C.V. - ROMA

REPVBBLICA ITALIANA

COMVNE DI
CAVALLINO
Prov. di Lecce

CARTA D'IDENTITA'

N° AV 0863571

DI

== RUSSO ==

== ANNA LUCIA ==

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.109

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 SINDACO
L'UFFICIALE D'ANAGRAFE
(Livio GIGANTE)

CITTÀ DI CAVALLINO
Servizi Demografici

TOTALE 5,42

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 29/11/1968 a GALATINA__residente a GALATONE_ in via _A. 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, Vicepresidente, Segretario, Tesoriere, Consigliere, Revisore dei Conti, Commissioni Albo Infermiere, Commissione Albo Infermiere Pediatrico) COMMISSIONE ALBO INF._ 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 __24/10/2022__

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/La sottoscritto/a _QUAGNANO GIANNA__ nato/a 29/11/1968 a _GALATINA___residente a GALATONE_ in via A. 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 sanzioni 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 _24/10/2022__

Il Dichiarante

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

DOCUMENTO VALIDO
SINO AL 29/11/2022

AU 0482330

REPVBBLICA ITALIANA

COMVNE DI
GALATONE

CARTA D'IDENTITA'
N° AU 0482330

DI

QUAGNANO
GIANNA

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 16/10/2012

Impronta del dito indice sinistro

COMUNE DI GALATONE

€ 5,16 - COMUNE DI GALATONE CARTA BENEMERITA SEGRETERIA

€ 0,26

d'ordine del Sindaco
L'Impiegato Inc.
(Piero MURRONE)

COMUNE DI GALATONE

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 NEGRO ANTONIO nato/a 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, Vicepresidente, Segretario, Tesoriere, Consigliere, Revisore dei Conti, Commissioni Albo Infermiere, Commissione Albo Infermiere Pediatrico) PRESIDENTE 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 24/10/2022

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/La sottoscritto/a NEGRO ANTONIO nato/a 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 sanzioni 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 24/10/2022

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 MOTHERS-TUTOR'S NAME

CODICE FISCALE
FISCAL CODE
NGRNTN71E03E815P

ESTREMI ATTO DI NASCITA

INDIRIZZO DI RESIDENZA / *RESIDENCE*
VIA G. D'ANNUNZIO, N. 62 D SPONGIANO (LE)

C<ITACA68815GJ3<<<<<<<<<<<<<<<
7105030M3105032ITA<<<<<<<<<<<8
NEGRO<<ANTONIO<<<<<<<<<<<<<<<<

REPUBBLICA ITALIANA
MINISTERO DELL'INTERNO

CA68815GJ

CARTA D'IDENTITÀ / *IDENTITY CARD*
COMUNE DI / *MUNICIPALITY*
SPONGIANO

COGNOME / *SURNAME*
NOME / *NAME*
LUOGO E STATO DI NASCITA
PLACE AND COUNTRY OF BIRTH
MASSIMO 03.05.1971
SESSO / *SEX* M
STATURA / *HEIGHT* 185
CITTADINANZA / *NATIONALITY* ITA
EMISSIONE / *ISSUE* 05.06.2016
SCADENZA / *EXPIRY* 05.05.2021
RAPPRESENTANTE LEGALE
LEGAL REPRESENTATIVE

888128

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 MINUTELLO VITO nato/a a TRICASE residente a VEGLIE in via ALBERICO DA BARBIANO 6 C.F. MNTVTI74H05L419, 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, Vicepresidente, Segretario, Tesoriere, Consigliere, Revisore dei Conti, Commissioni Albo Infermiere, Commissione Albo Infermiere Pediatrico) VICEPRESIDENTE (COMMISSIONE ALBO INF.) 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 27.10.2022

Il Dichiarante

V. Minutello

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 TRENTO in via ALBERICO DA BARBIANO 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 sanzioni 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 27.10.2022

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*
UGENTO

CA08708KX

COGNOME / *SURNAME*
MINUTELLO
NOME / *NAME*
VITO
LUOGO E DATA DI NASCITA
PLACE AND DATE OF BIRTH
TRICASE (LE) 05.08.1974
SESSO / *SEX*
M
STATURA / *HEIGHT*
170
CITTADINANZA / *NATIONALITY*
ITA
EMISSIONE / *ISSUING*
04.01.2022
SCADENZA / *EXPIRY*
05.08.2032
FIRMA DEL TITOLARE
HOLDER'S SIGNATURE

62GB

028530

COGNOME E NOME DEL PADRE E DELLA MADRE O DI CHI NE FA LE VECI/
FATHER AND MOTHER'S-TUTOR'S NAME
ESTREMI ATTO DI NASCITA
503 p1 sA-1974 075088
CODICE FISCALE
FISCAL CODE
MNTVTI74M05L419A
INDIRIZZO DI RESIDENZA / *RESIDENCE*
VIA ALBERICO DA BARBIANO, N. 6 UGENTO (LE)

C<ITACA08708KX0<<<<<<<<<<<<<<<
7408052M3208058ITA<<<<<<<<<<<8
MINUTELLO<<VITO<<<<<<<<<<<<<<

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 **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 sanzioni 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 **LECCE 25/10/2022**

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 sottoscritto **MIGLIETTA COSIMO SALVATORE** nato a **CAMPI SALENTINA** residente a **LECCE** in via **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, Vicepresidente, Segretario, Tesoriere, Consigliere, Revisore dei Conti, Commissioni Albo Infermiere, Commissione Albo Infermiere Pediatrico) **SEGRETARIO COMMISIONE 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 25/10/22**

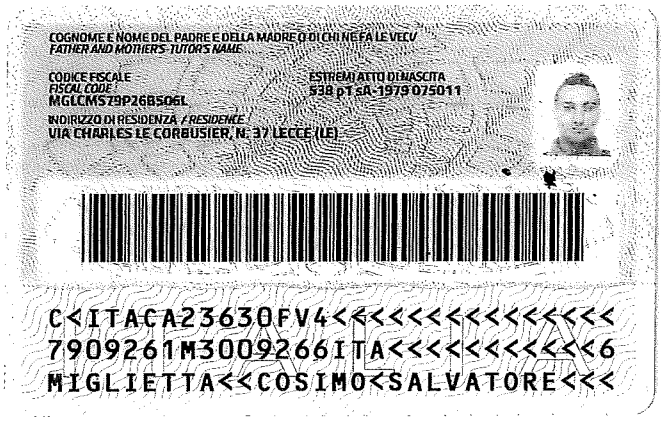
Il Dichiarante

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
LECCE

CA23630FV

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: M
STATURA / HEIGHT: 169
CITTADINANZA / NATIONALITY: ITA
EMISSIONE / ISSUING: 13.01.2020
SCADENZA / EXPIRY: 26.09.2030
FIRMA DEL TITOLARE / HOLDER'S SIGNATURE
903645



COGNOME E NOME DEL PADRE E DELLA MADRE O DI CHI NE FA LE VECV
FATHER AND MOTHER'S-TUTOR'S NAME
CODICE FISCALE / FISCAL CODE
MGLCMS79P26B506L
ESTREMI ATTO DI NASCITA
538 pt sA-1979 075011
INDIRIZZO DI RESIDENZA / RESIDENCE
VIA CHARLES LE CORBUSIER, N. 37 LECCE (LE)

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

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 Copertino il 09.03.1958, 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 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, Vicepresidente, Segretario, Tesoriere, Consigliere, Revisore dei Conti, Commissioni Albo Infermiere, Commissione Albo Infermiere Pediatrico) 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.

Copertino, 7 novembre 2022

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 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 sanzioni 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.

Copertino, 7 novembre 2022

Il Dichiarante

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

CIPRDBR55C09C9780

VIA PREITE ADRIANO,SNC COPERTINO (LE)

C<ITACA73994CI0<<<<<<<<<<<<<<<
5803099M2903091ITA<<<<<<<<<<<8
CIPRESSA<<ADALBERTO<<<<<<<<<<<

REPUBBLICA ITALIANA
MINISTERO DELL'INTERNO
CARTA DI IDENTITÀ / *IDENTITY CARD*
COPERTINO

CA73994CI

CIPRESSA

ADALBERTO

COPERTINO (LE) 09.01.1958

M 1,70 ITA

26.09.2016

09.03.2029

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/La sottoscritto/~~a~~ BIANCO ALESSANDRO nato/~~a~~ a GALLIPOLI residente a GALLIPOLI in via CORSO ITALIA 62 C.F. BNCCSN81M24D883K, 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, Vicepresidente, Segretario, Tesoriere, Consigliere, Revisore dei Conti, Commissioni Albo Infermiere, Commissione Albo Infermiere Pediatrico) CONSIGLIERE COMMISSIONE 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 27/10/2022

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/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 sanzioni 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 27/10/2022

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
CA95002EB
COMUNE DI / MUNICIPALITY
GALLIPOLI
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
EMISSIONE / ISSUING
17.05.2019
FIRMA DEL TITOLARE / HOLDER'S SIGNATURE
CITTADINANZA / NATIONALITY
ITA
SCADENZA / EXPIRE
24.08.2029
530215

COGNOME E NOME DEL PADRE E DELLA MADRE O DI CHI NE FA LE VECI / FATHER AND MOTHERS-TUTOR'S NAME
CODICE FISCALE / FISCAL CODE
BNCLSN81M24D883K
ESTREMI ATTO DI NASCITA
400-1-A-1981
INDIRIZZO DI RESIDENZA / RESIDENCE
CORSO ITALIA,62 P. 1 GALLIPOLI (LE)

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

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 28/10/2022

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 28/10/2022

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

MAGLIE li 05 [illegible]

IL SINDACO

MAGLIE dr. [illegible]

MAGLIE

€ 0,26

SEGRETERIA

Scadenza : 16-06-2026

Diritti : 5,42

AX 2319888

REPVBBLICA ITALIANA

COMVNE DI MAGLIE

CARTA D'IDENTITA'

N° AX 2319888

DI

AVANTAGGIATO SEVERINA