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 AVANTAGGIATO SEVERINA nato/a a CORIGLIANO D'OT. residente a MAGLIE in via NICOLA FERRAMOSCA C.F. VNTSRN58H56A006X, 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) _____ 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 28-11-23

Il Dichiarante

Avantaggiato Severina

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 AVANTAGGIATO SEVERINA nato/a a CORIGLIANO D'OT. residente a MACLISE in via NICOLA FERRAMOSCA C.F. VNTSRN58H56A006X,
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

X DI NON ESSERE CONIUGATA

- 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 28-11-23

Il Dichiarante

Avantaggiato Severina

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

Scadenza: 16-06-2024
Diritti: 5,42

AX2319888

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

REPVBBLICA ITALIANA

COMVNE DI
MAGLIE

CARTA D'IDENTITA'
N° AX2319888
DI
AVANTAGGIATO SEVERINA

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 05-12-2019

IL SINDACO

COMUNE DI MAGLIE
€ 5,42
CARTA IDENTITÀ
MAGLIE
SEGRETERIA

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. BNCLSR24M24D883K, 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) _____ 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 29/11/2023

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 62 C.F. BNCLSS81M24D883K, 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 21/11/2023

Il Dichiarante

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

REPUBBLICA ITALIANA
MINISTERO DELL'INTERNO
CA95002EB
CARTA DI IDENTITÀ / IDENTITY CARD
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 / EXPIRY
24.08.2029
530215

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<<<<<<<<<<<<

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

Il sottoscritto 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, 4 dicembre 2023

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 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 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) COMMISSIONI 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.

Copertino, 4 dicembre 2023

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

COGNOME E NOME DEI GENITORI O DI CHI NE FA LE VECI
SURNAME AND NAME OF PARENTS OR LEGAL GUARDIAN
CODICE FISCALE
FISCAL CODE
CPRDBR58C09C9780
ESTREMI ATTO DI NASCITA
73 P.1 S.A 1958
INDIRIZZO DI RESIDENZA / RESIDENCE
VIA PREITE ADRIANO,SNC COPERTINO (LE)

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

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 MIGLIETTA COSIMO SALV nato/a 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 CAI 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 29/11/2023

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 MIGLIETTA COSIMO SALV nato/a a CAMPI SAL. NA residente a LECCE in via LE CORBUSIER C.F. MGLCMS79P26B506G 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

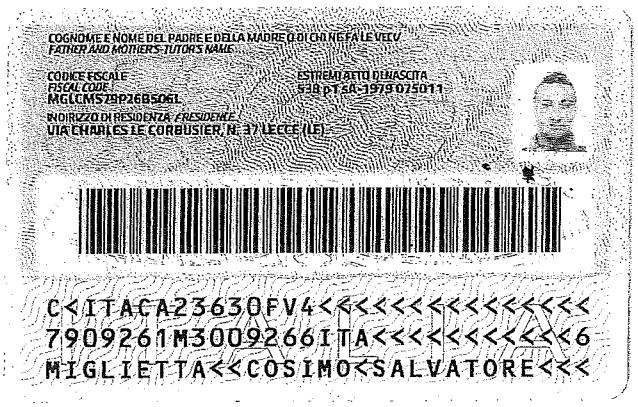
Data 29/11/2023

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

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 VECE
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<<<

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 VIGNTO 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 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 COMMISSIONI 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 29.11.2023

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~~ MINUTELLO VITO nato/~~a~~ a TRICASE residente a UGENTO 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 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 29.11.2023

Il Dichiarante

Vito Minutello

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
MNTVTI74M05L419A

ESTREMI ATTO DI NASCITA
503 p1 sA-1974 075088

INDIRIZZO DI RESIDENZA / *RESIDENCE*
VIA ALBERICO DA BARBIANO, N. 6 UGENTO (LE)

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

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

028530

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 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 29/4/2023

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 FAGLIE residente a SONGANO in via G. MATTEOTTI 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 29/11/2023

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
NGRNTN71E03E815P
ESTREMI ATTO DI NASCITA
INDIRIZZO DI RESIDENZA / RESIDENCE
VIA G. D'ANNUNZIO, N. 62 D SPONGANO (LE)
C<ITACA68815GJ3<<<<<<<<<<<<<<<
7105030M3105032ITA<<<<<<<<<<<8
NEGRO<<ANTONIO<<<<<<<<<<<<<<<

REPUBBLICA ITALIANA
MINISTERO DELL'INTERNO
CA68815GJ
SPONGANO
MAGLIE DI FIN 05.1971
SCADENZA / EXPIRY
688128

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 29/11/68 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) _____ 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 29/11/23

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 QUAGLIANO GIANNA nato/a a GALLINA 29/11/68 residente a GALLIONE in via A. LETIZIA 41 C.F. QUGGNN68S69D862K, 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.

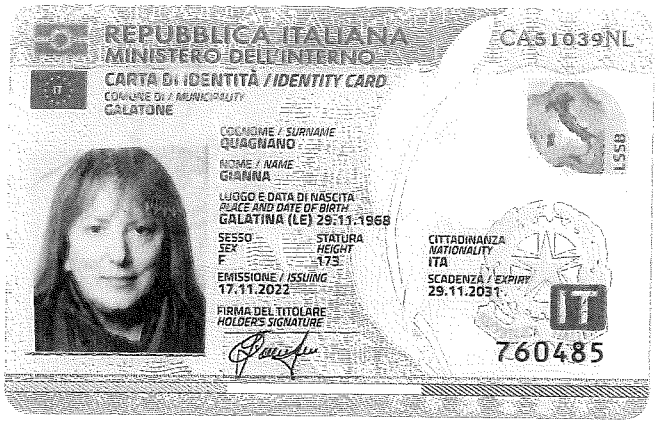
Con la sottoscrizione della presente dichiarazione si autorizza espressamente il trattamento dei propri dati personali nel rispetto di quanto disposto in materia dal regolamento 2016/679 e successive modificazioni e integrazioni.

allegare

Data 29/11/23

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
GALATONE

CA51039NL

COGNOME / SURNAME
QUAGNANO
NOME / NAME
GIANNA
LUOGO E DATA DI NASCITA
PLACE AND DATE OF BIRTH
GALATINA (LE) 29.11.1968
SESSO
SEX
F
STATURA
HEIGHT
173
EMISSIONE / ISSUING
17.11.2022
FIRMA DEL TITOLARE
HOLDER'S SIGNATURE
CITTADINANZA
NATIONALITY
ITA
SCADENZA / EXPIRY
29.11.2031
IT
760485

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
QGNGNN68S69D862K

ESTREMI ATTO DI NASCITA
644 pl sA-1968 075029

INDIRIZZO DI RESIDENZA / RESIDENCE
VIA LETIZIA, N. 41 GALATONE (LE)

C<ITACA51039NL2<<<<<<<<<<<<<<<
6811299F3111297ITA<<<<<<<<<<<6
QUAGNANO<<GIANNA<<<<<<<<<<<<<<

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 LUCIA nato/a a CAVALLINO residente a CAVALLINO (LE) in via CAPRARICA, 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, Vicepresidente, 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 29-11-2023

Il Dichiarante

Anna Lucia Russo

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 RUSSO ANNA LUCIA nato/a a CAVALLINO (LE) residente a CAVALLINO in via CAPRARICA 108 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 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 29-11-2023

Il Dichiarante

Anna Lucia 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 GIANTE)

CITTA' DI CAVALLINO
Servizi Demografici

TOTALE 5,42