

Spett.le
Ordine dei Medici C. e O.
Via dei Sabini, 102
65127 P E S C A R A

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA'

Ai sensi del Decreto Legislativo 08.04.2013, n. 39 (GU n. 92 del 19.04.2013), in vigore dal 04.05.2013)
Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni
e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50, della Legge n. 190 del 06.11.2012

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47, DPR n. 445/2000)

La sottoscritta **CECCAGNOLI MARIA ASSUNTA**

nata a **UMBERTIDE (PG)** il **04.03.1954**

codice fiscale **CCCMSS54C44D786C**

in relazione alla carica di **PRESIDENTE**

ricoperta presso codesto Ordine per il quadriennio **2025-2028**,

consapevole delle sanzioni penali previste per false attestazioni e dichiarazioni mendaci dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28.12.2000 e delle conseguenze di cui all'art. 20, comma 5 del D.Lgs. n. 39/2013,

DICHIARA

-l'insussistenza nei propri confronti delle cause di inconferibilità e incompatibilità previste dal D.Lgs. n. 39 del 08.04.2013;

-di essere informato/a che, ai sensi dell'art. 20, comma 3, del D.Lgs. n. 39/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito istituzionale dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Pescara - Sezione Amministrazione Trasparente.

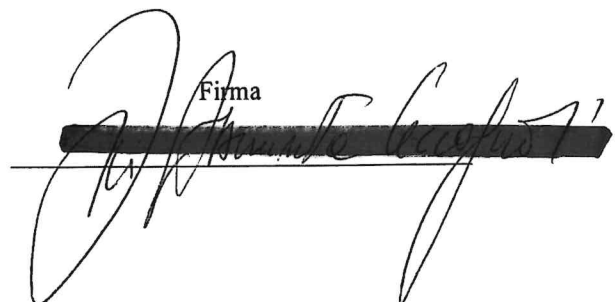
SI IMPEGNA

ai sensi dell'art. 20, comma 2, del D.Lgs. n. 39/2013 a rendere con cadenza annuale dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità e a comunicare tempestivamente eventuali sopravvenuti elementi ostativi.

Trattamento dei dati

I dati personali raccolti nel presente modulo e nella documentazione allegata saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, secondo i principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando in questo modo la riservatezza dei partecipanti e i loro diritti ai sensi e per gli effetti del regolamento 679/2016 e del decreto legislativo n. 196/2003.

Data 02/01/2025

Firma


Allega:

-copia documento d'identità in corso di validità

Spett.le
Ordine dei Medici C. e O.
Via dei Sabini, 102
65127 P E S C A R A

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA'

Ai sensi del Decreto Legislativo 08.04.2013, n. 39 (GU n. 92 del 19.04.2013), in vigore dal 04.05.2013)
Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni
e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50, della Legge n. 190 del 06.11.2012

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47, DPR n. 445/2000)

Il sottoscritto FEBO FABRIZIO

nato a PESCARA il 18/04/1984

codice fiscale FBEFRZ84D18G482J

in relazione alla carica di VICE PRESIDENTE

ricoperta presso codesto Ordine per il quadriennio 2025-2028,

consapevole delle sanzioni penali previste per false attestazioni e dichiarazioni mendaci dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28.12.2000 e delle conseguenze di cui all'art. 20, comma 5 del D.Lgs. n. 39/2013,

DICHIARA

-l'insussistenza nei propri confronti delle cause di inconferibilità e incompatibilità previste dal D.Lgs. n. 39 del 08.04.2013;

-di essere informato/a che, ai sensi dell'art. 20, comma 3, del D.Lgs. n. 39/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito istituzionale dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Pescara - Sezione Amministrazione Trasparente.

SI IMPEGNA

ai sensi dell'art. 20, comma 2, del D.Lgs. n. 39/2013 a rendere con cadenza annuale dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità e a comunicare tempestivamente eventuali sopravvenuti elementi ostativi.

Trattamento dei dati

I dati personali raccolti nel presente modulo e nella documentazione allegata saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, secondo i principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando in questo modo la riservatezza dei partecipanti e i loro diritti ai sensi e per gli effetti del regolamento 679/2016 e del decreto legislativo n. 196/2003.

Data 02/01/2025

Firma



Allega:

-copia documento d'identità in corso di validità

Spett.le
Ordine dei Medici C. e O.
Via dei Sabini, 102
65127 P E S C A R A

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA'

Ai sensi del Decreto Legislativo 08.04.2013, n. 39 (GU n. 92 del 19.04.2013), in vigore dal 04.05.2013)
Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni
e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50, della Legge n. 190 del 06.11.2012

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47, DPR n. 445/2000)

La sottoscritta **CARDONE ANNA MARIA**

nata a **PENNE (PE)** il 15/01/1957

codice fiscale **CRDNMR57A55G438X**

in relazione alla carica di **SEGRETARIO- PRESIDENTE CAO**

ricoperta presso codesto Ordine per il quadriennio 2025-2028,

consapevole delle sanzioni penali previste per false attestazioni e dichiarazioni mendaci dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28.12.2000 e delle conseguenze di cui all'art. 20, comma 5 del D.Lgs. n. 39/2013,

DICHIARA

-l'insussistenza nei propri confronti delle cause di inconfiribilità e incompatibilità previste dal D.Lgs. n. 39 del 08.04.2013;

-di essere informato/a che, ai sensi dell'art. 20, comma 3, del D.Lgs. n. 39/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito istituzionale dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Pescara - Sezione Amministrazione Trasparente.

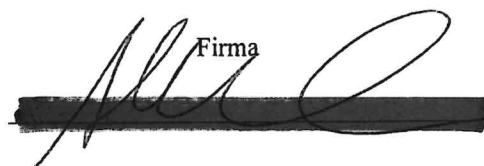
SI IMPEGNA

ai sensi dell'art. 20, comma 2, del D.Lgs. n. 39/2013 a rendere con cadenza annuale dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità e a comunicare tempestivamente eventuali sopravvenuti elementi ostativi.

Trattamento dei dati

I dati personali raccolti nel presente modulo e nella documentazione allegata saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, secondo i principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando in questo modo la riservatezza dei partecipanti e i loro diritti ai sensi e per gli effetti del regolamento 679/2016 e del decreto legislativo n. 196/2003.

Data 02/01/2025

Firma


Allega:

-copia documento d'identità in corso di validità

Spett.le
Ordine dei Medici C. e O.
Via dei Sabini, 102
65127 P E S C A R A

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA'

Ai sensi del Decreto Legislativo 08.04.2013, n. 39 (GU n. 92 del 19.04.2013), in vigore dal 04.05.2013)
Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni
e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50, della Legge n. 190 del 06.11.2012

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47, DPR n. 445/2000)

Il sottoscritto DI BARTOLOMEO GIUSEPPE

nato a PESCARA il 23/02/1954

codice fiscale DBRGPP54B23G482Q

in relazione alla carica di TESORIERE

ricoperta presso codesto Ordine per il quadriennio 2025-2028,

consapevole delle sanzioni penali previste per false attestazioni e dichiarazioni mendaci dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28.12.2000 e delle conseguenze di cui all'art. 20, comma 5 del D.Lgs. n. 39/2013,

DICHIARA

-l'insussistenza nei propri confronti delle cause di inconferibilità e incompatibilità previste dal D.Lgs. n. 39 del 08.04.2013;

-di essere informato/a che, ai sensi dell'art. 20, comma 3, del D.Lgs. n. 39/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito istituzionale dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Pescara - Sezione Amministrazione Trasparente.

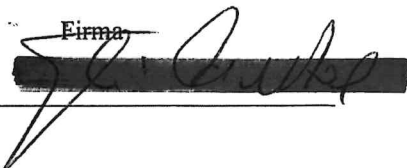
SI IMPEGNA

ai sensi dell'art. 20, comma 2, del D.Lgs. n. 39/2013 a rendere con cadenza annuale dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità e a comunicare tempestivamente eventuali sopravvenuti elementi ostativi.

Trattamento dei dati

I dati personali raccolti nel presente modulo e nella documentazione allegata saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, secondo i principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando in questo modo la riservatezza dei partecipanti e i loro diritti ai sensi e per gli effetti del regolamento 679/2016 e del decreto legislativo n. 196/2003.

Data 02/01/2025

Firma


Allega:

-copia documento d'identità in corso di validità

Spett.le
Ordine dei Medici C. e O.
Via dei Sabini, 102
65127 P E S C A R A

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA'

Ai sensi del Decreto Legislativo 08.04.2013, n. 39 (GU n. 92 del 19.04.2013), in vigore dal 04.05.2013)
Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni
e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50, della Legge n. 190 del 06.11.2012

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47, DPR n. 445/2000)

La sottoscritta ACCORSI PATRIZIA

nata a FERRARA il 17/02/1954

codice fiscale CCRPRZ54B57D548L

in relazione alla carica di CONSIGLIERE

ricoperta presso codesto Ordine per il quadriennio 2025-2028,

consapevole delle sanzioni penali previste per false attestazioni e dichiarazioni mendaci dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28.12.2000 e delle conseguenze di cui all'art. 20, comma 5 del D.Lgs. n. 39/2013,

DICHIARA

-l'insussistenza nei propri confronti delle cause di inconferibilità e incompatibilità previste dal D.Lgs. n. 39 del 08.04.2013;

-di essere informato/a che, ai sensi dell'art. 20, comma 3, del D.Lgs. n. 39/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito istituzionale dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Pescara - Sezione Amministrazione Trasparente.


SI IMPEGNA

ai sensi dell'art. 20, comma 2, del D.Lgs. n. 39/2013 a rendere con cadenza annuale dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità e a comunicare tempestivamente eventuali sopravvenuti elementi ostativi.

Trattamento dei dati

I dati personali raccolti nel presente modulo e nella documentazione allegata saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, secondo i principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando in questo modo la riservatezza dei partecipanti e i loro diritti ai sensi e per gli effetti del regolamento 679/2016 e del decreto legislativo n. 196/2003.

Data 02/01/2025

Firma


Allega:

-copia documento d'identità in corso di validità

Spett.le
Ordine dei Medici C. e O.
Via dei Sabini, 102
65127 P E S C A R A

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA'

Ai sensi del Decreto Legislativo 08.04.2013, n. 39 (GU n. 92 del 19.04.2013), in vigore dal 04.05.2013)
Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni
e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50, della Legge n. 190 del 06.11.2012

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47, DPR n. 445/2000)

Il sottoscritto ANZOLETTI NELSON

nato a PESCARA il 27/06/1988

codice fiscale NZLNSN88H27G482W

in relazione alla carica di CONSIGLIERE

ricoperta presso codesto Ordine per il quadriennio 2025-2028,

consapevole delle sanzioni penali previste per false attestazioni e dichiarazioni mendaci dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28.12.2000 e delle conseguenze di cui all'art. 20, comma 5 del D.Lgs. n. 39/2013,

DICHIARA

-l'insussistenza nei propri confronti delle cause di inconferibilità e incompatibilità previste dal D.Lgs. n. 39 del 08.04.2013;

-di essere informato/a che, ai sensi dell'art. 20, comma 3, del D.Lgs. n. 39/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito istituzionale dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Pescara - Sezione Amministrazione Trasparente.

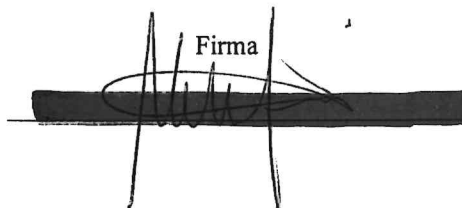
SI IMPEGNA

ai sensi dell'art. 20, comma 2, del D.Lgs. n. 39/2013 a rendere con cadenza annuale dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità e a comunicare tempestivamente eventuali sopravvenuti elementi ostativi.

Trattamento dei dati

I dati personali raccolti nel presente modulo e nella documentazione allegata saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, secondo i principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando in questo modo la riservatezza dei partecipanti e i loro diritti ai sensi e per gli effetti del regolamento 679/2016 e del decreto legislativo n. 196/2003.

Data 2/01/2025

Firma


Allega:

-copia documento d'identità in corso di validità

Spett.le
Ordine dei Medici C. e O.
Via dei Sabini, 102
65127 P E S C A R A

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA'

Ai sensi del Decreto Legislativo 08.04.2013, n. 39 (GU n. 92 del 19.04.2013), in vigore dal 04.05.2013)
Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni
e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50, della Legge n. 190 del 06.11.2012

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47, DPR n. 445/2000)

Il sottoscritto ASCANI GIULIANO

nato a L'AQUILA il 16/11/1970

codice fiscale SCNGLN70S16A345W

in relazione alla carica di CONSIGLIERE

ricoperta presso codesto Ordine per il quadriennio 2025-2028,

consapevole delle sanzioni penali previste per false attestazioni e dichiarazioni mendaci dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28.12.2000 e delle conseguenze di cui all'art. 20, comma 5 del D.Lgs. n. 39/2013,

DICHIARA

-l'insussistenza nei propri confronti delle cause di inconferibilità e incompatibilità previste dal D.Lgs. n. 39 del 08.04.2013;

-di essere informato/a che, ai sensi dell'art. 20, comma 3, del D.Lgs. n. 39/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito istituzionale dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Pescara - Sezione Amministrazione Trasparente.

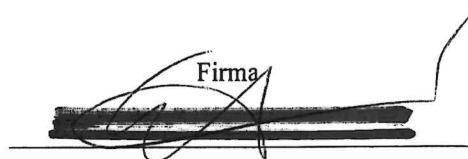
SI IMPEGNA

ai sensi dell'art. 20, comma 2, del D.Lgs. n. 39/2013 a rendere con cadenza annuale dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità e a comunicare tempestivamente eventuali sopravvenuti elementi ostativi.

Trattamento dei dati

I dati personali raccolti nel presente modulo e nella documentazione allegata saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, secondo i principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando in questo modo la riservatezza dei partecipanti e i loro diritti ai sensi e per gli effetti del regolamento 679/2016 e del decreto legislativo n. 196/2003.

Data 02/01/2025

Firma


Allega:

-copia documento d'identità in corso di validità

Spett.le
Ordine dei Medici C. e O.
Via dei Sabini, 102
65127 P E S C A R A

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA'

Ai sensi del Decreto Legislativo 08.04.2013, n. 39 (GU n. 92 del 19.04.2013), in vigore dal 04.05.2013)
Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni
e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50, della Legge n. 190 del 06.11.2012

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL' ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47, DPR n. 445/2000)

La sottoscritta **CAMPA STEFANIA**

nata a **VENEZIA** il 15/03/1974

codice fiscale **CMPSFN74C55L736Y**

in relazione alla carica di **CONSIGLIERE- SEGRETARIO CAM**

ricoperta presso codesto Ordine per il quadriennio 2025-2028,

consapevole delle sanzioni penali previste per false attestazioni e dichiarazioni mendaci dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28.12.2000 e delle conseguenze di cui all'art. 20, comma 5 del D.Lgs. n. 39/2013,

DICHIARA

-l'insussistenza nei propri confronti delle cause di inconferibilità e incompatibilità previste dal D.Lgs. n. 39 del 08.04.2013;

-di essere informato/a che, ai sensi dell'art. 20, comma 3, del D.Lgs. n. 39/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito istituzionale dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Pescara - Sezione Amministrazione Trasparente.

SI IMPEGNA

ai sensi dell'art. 20, comma 2, del D.Lgs. n. 39/2013 a rendere con cadenza annuale dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità e a comunicare tempestivamente eventuali sopravvenuti elementi ostativi.

Trattamento dei dati

I dati personali raccolti nel presente modulo e nella documentazione allegata saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, secondo i principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando in questo modo la riservatezza dei partecipanti e i loro diritti ai sensi e per gli effetti del regolamento 679/2016 e del decreto legislativo n. 196/2003.

Data 02/01/2025

Firma



Allega:

-copia documento d'identità in corso di validità

Spett.le
Ordine dei Medici C. e O.
Via dei Sabini, 102
65127 P E S C A R A

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA'

Ai sensi del Decreto Legislativo 08.04.2013, n. 39 (GU n. 92 del 19.04.2013), in vigore dal 04.05.2013)
Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni
e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50, della Legge n. 190 del 06.11.2012

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47, DPR n. 445/2000)

Il sottoscritto CAPPELLUCCI DOMENICO

nato a VENAFRO (IS) il 13/07/1955

codice fiscale CPPDNC55L13L725R

in relazione alla carica di CONSIGLIERE

ricoperta presso codesto Ordine per il quadriennio 2025-2028,

consapevole delle sanzioni penali previste per false attestazioni e dichiarazioni mendaci dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28.12.2000 e delle conseguenze di cui all'art. 20, comma 5 del D.Lgs. n. 39/2013,

DICHIARA

-l'insussistenza nei propri confronti delle cause di inconferibilità e incompatibilità previste dal D.Lgs. n. 39 del 08.04.2013;

-di essere informato/a che, ai sensi dell'art. 20, comma 3, del D.Lgs. n. 39/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito istituzionale dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Pescara - Sezione Amministrazione Trasparente.

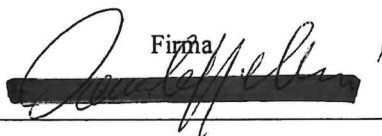
SI IMPEGNA

ai sensi dell'art. 20, comma 2, del D.Lgs. n. 39/2013 a rendere con cadenza annuale dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità e a comunicare tempestivamente eventuali sopravvenuti elementi ostativi.

Trattamento dei dati

I dati personali raccolti nel presente modulo e nella documentazione allegata saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, secondo i principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando in questo modo la riservatezza dei partecipanti e i loro diritti ai sensi e per gli effetti del regolamento 679/2016 e del decreto legislativo n. 196/2003.

Data 02/01/2025

Firma


Allega:

-copia documento d'identità in corso di validità

Spett.le
Ordine dei Medici C. e O.
Via dei Sabini, 102
65127 P E S C A R A

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA'

Ai sensi del Decreto Legislativo 08.04.2013, n. 39 (GU n. 92 del 19.04.2013), in vigore dal 04.05.2013)
Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni
e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50, della Legge n. 190 del 06.11.2012

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47, DPR n. 445/2000)

Il sottoscritto CASACCIA MARCO

nato a PESCARA il 21/10/1961

codice fiscale CSCMRC61R21G482A

in relazione alla carica di CONSIGLIERE

ricoperta presso codesto Ordine per il quadriennio 2025-2028,

consapevole delle sanzioni penali previste per false attestazioni e dichiarazioni mendaci dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28.12.2000 e delle conseguenze di cui all'art. 20, comma 5 del D.Lgs. n. 39/2013,

DICHIARA

-l'insussistenza nei propri confronti delle cause di inconfiribilità e incompatibilità previste dal D.Lgs. n. 39 del 08.04.2013;

-di essere informato/a che, ai sensi dell'art. 20, comma 3, del D.Lgs. n. 39/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito istituzionale dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Pescara - Sezione Amministrazione Trasparente.

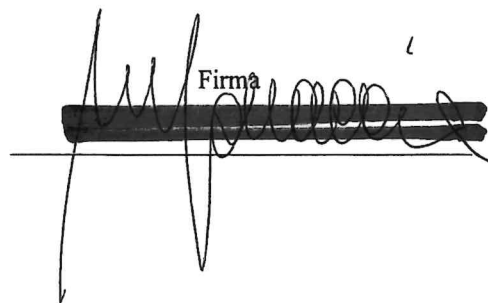
SI IMPEGNA

ai sensi dell'art. 20, comma 2, del D.Lgs. n. 39/2013 a rendere con cadenza annuale dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità e a comunicare tempestivamente eventuali sopravvenuti elementi ostativi.

Trattamento dei dati

I dati personali raccolti nel presente modulo e nella documentazione allegata saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, secondo i principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando in questo modo la riservatezza dei partecipanti e i loro diritti ai sensi e per gli effetti del regolamento 679/2016 e del decreto legislativo n. 196/2003.

Data 02/01/2025

Firma


Allega:

-copia documento d'identità in corso di validità

Spett.le
Ordine dei Medici C. e O.
Via dei Sabini, 102
65127 P E S C A R A

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA'

Ai sensi del Decreto Legislativo 08.04.2013, n. 39 (GU n. 92 del 19.04.2013), in vigore dal 04.05.2013)
Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni
e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50, della Legge n. 190 del 06.11.2012

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47, DPR n. 445/2000)

La sottoscritta D'INTINO GIUSEPPINA

nata a TORRE DE' PASSERI (PE) il 14/11/1958

codice fiscale DNTGPP58S54L263E

in relazione alla carica di CONSIGLIERE - VICE PRESIDENTE CAM

ricoperta presso codesto Ordine per il quadriennio 2025-2028,

consapevole delle sanzioni penali previste per false attestazioni e dichiarazioni mendaci dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28.12.2000 e delle conseguenze di cui all'art. 20, comma 5 del D.Lgs. n. 39/2013,

DICHIARA

-l'insussistenza nei propri confronti delle cause di inconferibilità e incompatibilità previste dal D.Lgs. n. 39 del 08.04.2013;

-di essere informato/a che, ai sensi dell'art. 20, comma 3, del D.Lgs. n. 39/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito istituzionale dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Pescara - Sezione Amministrazione Trasparente.

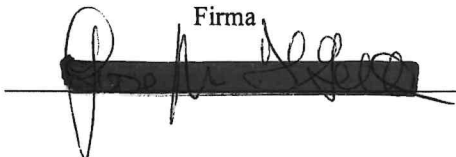
SI IMPEGNA

ai sensi dell'art. 20, comma 2, del D.Lgs. n. 39/2013 a rendere con cadenza annuale dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità e a comunicare tempestivamente eventuali sopravvenuti elementi ostativi.

Trattamento dei dati

I dati personali raccolti nel presente modulo e nella documentazione allegata saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, secondo i principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando in questo modo la riservatezza dei partecipanti e i loro diritti ai sensi e per gli effetti del regolamento 679/2016 e del decreto legislativo n. 196/2003.

Data 02/01/2025

Firma


Allega:

-copia documento d'identità in corso di validità

Spett.le
Ordine dei Medici C. e O.
Via dei Sabini, 102
65127 P E S C A R A

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA'
Ai sensi del Decreto Legislativo 08.04.2013, n. 39 (GU n. 92 del 19.04.2013), in vigore dal 04.05.2013)
Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni
e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50, della Legge n. 190 del 06.11.2012

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47, DPR n. 445/2000)

Il sottoscritto FAZII PAOLO

nato a MONTESILVANO (PE) il 21/01/1959

codice fiscale FZAPLA59A21F646S

in relazione alla carica di CONSIGLIERE

ricoperta presso codesto Ordine per il quadriennio 2025-2028,

consapevole delle sanzioni penali previste per false attestazioni e dichiarazioni mendaci dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28.12.2000 e delle conseguenze di cui all'art. 20, comma 5 del D.Lgs. n. 39/2013,

DICHIARA

-l'insussistenza nei propri confronti delle cause di inconfiribilità e incompatibilità previste dal D.Lgs. n. 39 del 08.04.2013;

-di essere informato/a che, ai sensi dell'art. 20, comma 3, del D.Lgs. n. 39/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito istituzionale dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Pescara - Sezione Amministrazione Trasparente.

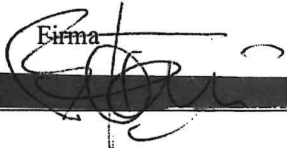
SI IMPEGNA

ai sensi dell'art. 20, comma 2, del D.Lgs. n. 39/2013 a rendere con cadenza annuale dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità e a comunicare tempestivamente eventuali sopravvenuti elementi ostativi.

Trattamento dei dati

I dati personali raccolti nel presente modulo e nella documentazione allegata saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, secondo i principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando in questo modo la riservatezza dei partecipanti e i loro diritti ai sensi e per gli effetti del regolamento 679/2016 e del decreto legislativo n. 196/2003.

Data 02/01/2025

Firma


Allega:

-copia documento d'identità in corso di validità

Spett.le
Ordine dei Medici C. e O.
Via dei Sabini, 102
65127 P E S C A R A

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA'
Ai sensi del Decreto Legislativo 08.04.2013, n. 39 (GU n. 92 del 19.04.2013), in vigore dal 04.05.2013)
Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni
e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50, della Legge n. 190 del 06.11.2012

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47, DPR n. 445/2000)

Il sottoscritto GERMANO RAFFAELE

nato a SAN SEVERO (FG) il 26/01/1966

codice fiscale CCCMSS54C44D786C

in relazione alla carica di CONSIGLIERE - VICE PRESIDENTE CAO

ricoperta presso codesto Ordine per il quadriennio 2025-2028,

consapevole delle sanzioni penali previste per false attestazioni e dichiarazioni mendaci dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28.12.2000 e delle conseguenze di cui all'art. 20, comma 5 del D.Lgs. n. 39/2013,

DICHIARA

-l'insussistenza nei propri confronti delle cause di inconferibilità e incompatibilità previste dal D.Lgs. n. 39 del 08.04.2013;

-di essere informato/a che, ai sensi dell'art. 20, comma 3, del D.Lgs. n. 39/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito istituzionale dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Pescara - Sezione Amministrazione Trasparente.

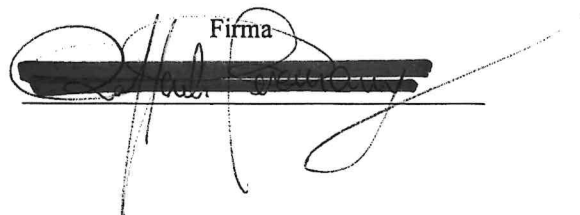
SI IMPEGNA

ai sensi dell'art. 20, comma 2, del D.Lgs. n. 39/2013 a rendere con cadenza annuale dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità e a comunicare tempestivamente eventuali sopravvenuti elementi ostativi.

Trattamento dei dati

I dati personali raccolti nel presente modulo e nella documentazione allegata saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, secondo i principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando in questo modo la riservatezza dei partecipanti e i loro diritti ai sensi e per gli effetti del regolamento 679/2016 e del decreto legislativo n. 196/2003.

Data 02/01/2025

Firma


Allega:

-copia documento d'identità in corso di validità

Spett.le
Ordine dei Medici C. e O.
Via dei Sabini, 102
65127 P E S C A R A

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA'

Ai sensi del Decreto Legislativo 08.04.2013, n. 39 (GU n. 92 del 19.04.2013), in vigore dal 04.05.2013)
Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni
e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50, della Legge n. 190 del 06.11.2012

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47, DPR n. 445/2000)

Il sottoscritto PACE VINCENZO

nato a PIANELLA (PE) il 16/01/1956

codice fiscale PCAVCN56A16G555O

in relazione alla carica di CONSIGLIERE

ricoperta presso codesto Ordine per il quadriennio 2025-2028,

consapevole delle sanzioni penali previste per false attestazioni e dichiarazioni mendaci dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28.12.2000 e delle conseguenze di cui all'art. 20, comma 5 del D.Lgs. n. 39/2013,

DICHIARA

-l'insussistenza nei propri confronti delle cause di inconferibilità e incompatibilità previste dal D.Lgs. n. 39 del 08.04.2013;

-di essere informato/a che, ai sensi dell'art. 20, comma 3, del D.Lgs. n. 39/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito istituzionale dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Pescara - Sezione Amministrazione Trasparente.

SI IMPEGNA

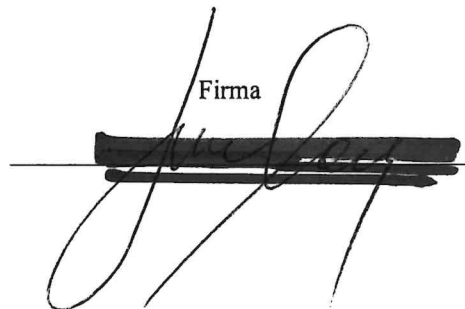
ai sensi dell'art. 20, comma 2, del D.Lgs. n. 39/2013 a rendere con cadenza annuale dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità e a comunicare tempestivamente eventuali sopravvenuti elementi ostativi.

Trattamento dei dati

I dati personali raccolti nel presente modulo e nella documentazione allegata saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, secondo i principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando in questo modo la riservatezza dei partecipanti e i loro diritti ai sensi e per gli effetti del regolamento 679/2016 e del decreto legislativo n. 196/2003.

Data 02/01/2025

Firma



Allega:

-copia documento d'identità in corso di validità

Spett.le
Ordine dei Medici C. e O.
Via dei Sabini, 102
65127 P E S C A R A

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA'
Ai sensi del Decreto Legislativo 08.04.2013, n. 39 (GU n. 92 del 19.04.2013), in vigore dal 04.05.2013)
Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni
e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50, della Legge n. 190 del 06.11.2012

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47, DPR n. 445/2000)

Il sottoscritto PERSICO ANTONELLO

nato a CHIETI il 01/03/1957

codice fiscale PRSNNL57C01C632W

in relazione alla carica di CONSIGLIERE

ricoperta presso codesto Ordine per il quadriennio 2025-2028,

consapevole delle sanzioni penali previste per false attestazioni e dichiarazioni mendaci dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28.12.2000 e delle conseguenze di cui all'art. 20, comma 5 del D.Lgs. n. 39/2013,

DICHIARA

-l'insussistenza nei propri confronti delle cause di inconferibilità e incompatibilità previste dal D.Lgs. n. 39 del 08.04.2013;

-di essere informato/a che, ai sensi dell'art. 20, comma 3, del D.Lgs. n. 39/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito istituzionale dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Pescara - Sezione Amministrazione Trasparente.

SI IMPEGNA

ai sensi dell'art. 20, comma 2, del D.Lgs. n. 39/2013 a rendere con cadenza annuale dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità e a comunicare tempestivamente eventuali sopravvenuti elementi ostativi.

Trattamento dei dati

I dati personali raccolti nel presente modulo e nella documentazione allegata saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, secondo i principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando in questo modo la riservatezza dei partecipanti e i loro diritti ai sensi e per gli effetti del regolamento 679/2016 e del decreto legislativo n. 196/2003.

Data 31/07/2025

Firma



Allega:

-copia documento d'identità in corso di validità

Spett.le
Ordine dei Medici C. e O.
Via dei Sabini, 102
65127 P E S C A R A

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA'

Ai sensi del Decreto Legislativo 08.04.2013, n. 39 (GU n. 92 del 19.04.2013), in vigore dal 04.05.2013)
Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni
e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50, della Legge n. 190 del 06.11.2012

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47, DPR n. 445/2000)

Il sottoscritto ROSSI STEFANO

nato a PESCARA il 05/06/1983

codice fiscale RSSSFN83H05G482G

in relazione alla carica di CONSIGLIERE

ricoperta presso codesto Ordine per il quadriennio 2025-2028,

consapevole delle sanzioni penali previste per false attestazioni e dichiarazioni mendaci dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28.12.2000 e delle conseguenze di cui all'art. 20, comma 5 del D.Lgs. n. 39/2013,

DICHIARA

-l'insussistenza nei propri confronti delle cause di inconfiribilità e incompatibilità previste dal D.Lgs. n. 39 del 08.04.2013;

-di essere informato/a che, ai sensi dell'art. 20, comma 3, del D.Lgs. n. 39/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito istituzionale dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Pescara - Sezione Amministrazione Trasparente.

SI IMPEGNA

ai sensi dell'art. 20, comma 2, del D.Lgs. n. 39/2013 a rendere con cadenza annuale dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità e a comunicare tempestivamente eventuali sopravvenuti elementi ostativi.

Trattamento dei dati

I dati personali raccolti nel presente modulo e nella documentazione allegata saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, secondo i principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando in questo modo la riservatezza dei partecipanti e i loro diritti ai sensi e per gli effetti del regolamento 679/2016 e del decreto legislativo n. 196/2003.

Data 02/01/2025

Risina



Allega:

-copia documento d'identità in corso di validità

Spett.le
Ordine dei Medici C. e O.
Via dei Sabini, 102
65127 P E S C A R A

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA'

Ai sensi del Decreto Legislativo 08.04.2013, n. 39 (GU n. 92 del 19.04.2013), in vigore dal 04.05.2013)
Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni
e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50, della Legge n. 190 del 06.11.2012

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47, DPR n. 445/2000)

Il sottoscritto SELLER RENATO

nato a CROTONE (CZ) il 25/05/1954

codice fiscale SLLRNT54E25D122E

in relazione alla carica di PRESIDENTE CAM - CONSIGLIERE

ricoperta presso codesto Ordine per il quadriennio 2025-2028,

consapevole delle sanzioni penali previste per false attestazioni e dichiarazioni mendaci dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28.12.2000 e delle conseguenze di cui all'art. 20, comma 5 del D.Lgs. n. 39/2013,

DICHIARA

-l'insussistenza nei propri confronti delle cause di inconferibilità e incompatibilità previste dal D.Lgs. n. 39 del 08.04.2013;

-di essere informato/a che, ai sensi dell'art. 20, comma 3, del D.Lgs. n. 39/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito istituzionale dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Pescara - Sezione Amministrazione Trasparente.

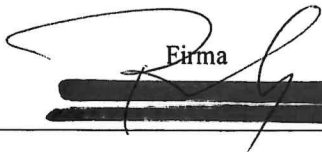
SI IMPEGNA

ai sensi dell'art. 20, comma 2, del D.Lgs. n. 39/2013 a rendere con cadenza annuale dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità e a comunicare tempestivamente eventuali sopravvenuti elementi ostativi.

Trattamento dei dati

I dati personali raccolti nel presente modulo e nella documentazione allegata saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, secondo i principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando in questo modo la riservatezza dei partecipanti e i loro diritti ai sensi e per gli effetti del regolamento 679/2016 e del decreto legislativo n. 196/2003.

Data 02/01/2025

Firma


Allega:

-copia documento d'identità in corso di validità

Spett.le
Ordine dei Medici C. e O.
Via dei Sabini, 102
65127 P E S C A R A

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA'
Ai sensi del Decreto Legislativo 08.04.2013, n. 39 (GU n. 92 del 19.04.2013), in vigore dal 04.05.2013)
Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni
e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50, della Legge n. 190 del 06.11.2012

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47, DPR n. 445/2000)

Il sottoscritto CIUFFOLO FABIO

nato a PESCARA il 23/08/1974

codice fiscale CFFFBA74M23G482A

in relazione alla carica di COMPONENTE CAO

ricoperta presso codesto Ordine per il quadriennio 2025-2028,

consapevole delle sanzioni penali previste per false attestazioni e dichiarazioni mendaci dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28.12.2000 e delle conseguenze di cui all'art. 20, comma 5 del D.Lgs. n. 39/2013,

DICHIARA

-l'insussistenza nei propri confronti delle cause di inconferibilità e incompatibilità previste dal D.Lgs. n. 39 del 08.04.2013;

-di essere informato/a che, ai sensi dell'art. 20, comma 3, del D.Lgs. n. 39/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito istituzionale dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Pescara - Sezione Amministrazione Trasparente.

SI IMPEGNA

ai sensi dell'art. 20, comma 2, del D.Lgs. n. 39/2013 a rendere con cadenza annuale dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità e a comunicare tempestivamente eventuali sopravvenuti elementi ostativi.

Trattamento dei dati

I dati personali raccolti nel presente modulo e nella documentazione allegata saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, secondo i principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando in questo modo la riservatezza dei partecipanti e i loro diritti ai sensi e per gli effetti del regolamento 679/2016 e del decreto legislativo n. 196/2003.

Data 02/01/2025


Firma

Allega:

-copia documento d'identità in corso di validità

Spett.le
Ordine dei Medici C. e O.
Via dei Sabini, 102
65127 P E S C A R A

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA'

Ai sensi del Decreto Legislativo 08.04.2013, n. 39 (GU n. 92 del 19.04.2013), in vigore dal 04.05.2013)
Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni
e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50, della Legge n. 190 del 06.11.2012

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47, DPR n. 445/2000)

La sottoscritta DE FLORENTIIS MARGHERITA

nata a PESCARA il 06/07/1953

codice fiscale DFLMGH53L46G482N

in relazione alla carica di COMPONENTE CAO

ricoperta presso codesto Ordine per il quadriennio 2025-2028,

consapevole delle sanzioni penali previste per false attestazioni e dichiarazioni mendaci dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28.12.2000 e delle conseguenze di cui all'art. 20, comma 5 del D.Lgs. n. 39/2013,

DICHIARA

-l'insussistenza nei propri confronti delle cause di inconferibilità e incompatibilità previste dal D.Lgs. n. 39 del 08.04.2013;

-di essere informato/a che, ai sensi dell'art. 20, comma 3, del D.Lgs. n. 39/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito istituzionale dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Pescara - Sezione Amministrazione Trasparente.

SI IMPEGNA

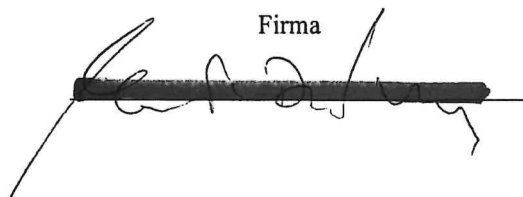
ai sensi dell'art. 20, comma 2, del D.Lgs. n. 39/2013 a rendere con cadenza annuale dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità e a comunicare tempestivamente eventuali sopravvenuti elementi ostativi.

Trattamento dei dati

I dati personali raccolti nel presente modulo e nella documentazione allegata saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, secondo i principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando in questo modo la riservatezza dei partecipanti e i loro diritti ai sensi e per gli effetti del regolamento 679/2016 e del decreto legislativo n. 196/2003.

Data 02/01/2025

Firma



Allega:

-copia documento d'identità in corso di validità

Spett.le
Ordine dei Medici C. e O.
Via dei Sabini, 102
65127 PESCARA

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA'
Ai sensi del Decreto Legislativo 08.04.2013, n. 39 (GU n. 92 del 19.04.2013), in vigore dal 04.05.2013)
Disposizioni in materia di inferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni
e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50, della Legge n. 190 del 06.11.2012

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47, DPR n. 445/2000)

La sottoscritta PACIAFFI ELENA

nata a PENNE (PE) il 16/12/1971

codice fiscale PCFLNE71T56G438M

in relazione alla carica di COMPONENTE CAO

ricoperta presso codesto Ordine per il quadriennio 2025-2028,

consapevole delle sanzioni penali previste per false attestazioni e dichiarazioni mendaci dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28.12.2000 e delle conseguenze di cui all'art. 20, comma 5 del D.Lgs. n. 39/2013,

DICHIARA

-l'insussistenza nei propri confronti delle cause di inferibilità e incompatibilità previste dal D.Lgs. n. 39 del 08.04.2013;

-di essere informato/a che, ai sensi dell'art. 20, comma 3, del D.Lgs. n. 39/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito istituzionale dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Pescara - Sezione Amministrazione Trasparente.

SI IMPEGNA

ai sensi dell'art. 20, comma 2, del D.Lgs. n. 39/2013 a rendere con cadenza annuale dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità e a comunicare tempestivamente eventuali sopravvenuti elementi ostativi.

Trattamento dei dati

I dati personali raccolti nel presente modulo e nella documentazione allegata saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, secondo i principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando in questo modo la riservatezza dei partecipanti e i loro diritti ai sensi e per gli effetti del regolamento 679/2016 e del decreto legislativo n. 196/2003.

Data 02/01/2025

Firma

Allega:

-copia documento d'identità in corso di validità

Spett.le
Ordine dei Medici C. e O.
Via dei Sabini, 102
65127 P E S C A R A

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA'
Ai sensi del Decreto Legislativo 08.04.2013, n. 39 (GU n. 92 del 19.04.2013), in vigore dal 04.05.2013)
Disposizioni in materia di inconfiribilita' e incompatibilita' di incarichi presso le pubbliche amministrazioni
e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50, della Legge n. 190 del 06.11.2012

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47, DPR n. 445/2000)

Il sottoscritto **MINICUCCI RENATO**

nato a PESCARA il 01/01/1955

codice fiscale **MNCRNT55A01G482J**

in relazione alla carica di **REVISORE DEI CONTI EFFETTIVO**

ricoperta presso codesto Ordine per il quadriennio 2025-2028,

consapevole delle sanzioni penali previste per false attestazioni e dichiarazioni mendaci dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28.12.2000 e delle conseguenze di cui all'art. 20, comma 5 del D.Lgs. n. 39/2013,

DICHIARA

-l'insussistenza nei propri confronti delle cause di inconfiribilita' e incompatibilita' previste dal D.Lgs. n. 39 del 08.04.2013;

-di essere informato/a che, ai sensi dell'art. 20, comma 3, del D.Lgs. n. 39/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito istituzionale dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Pescara - Sezione Amministrazione Trasparente.

SI IMPEGNA

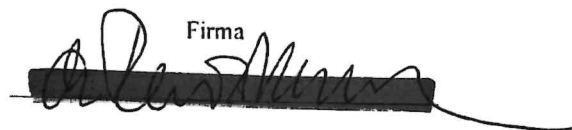
ai sensi dell'art. 20, comma 2, del D.Lgs. n. 39/2013 a rendere con cadenza annuale dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilita' e a comunicare tempestivamente eventuali sopravvenuti elementi ostativi.

Trattamento dei dati

I dati personali raccolti nel presente modulo e nella documentazione allegata saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, secondo i principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando in questo modo la riservatezza dei partecipanti e i loro diritti ai sensi e per gli effetti del regolamento 679/2016 e del decreto legislativo n. 196/2003.

Data 30 LUG, 2025

Firma



Allega:

-copia documento d'identità in corso di validità

Spett.le
Ordine dei Medici C. e O.
Via dei Sabini, 102
65127 P E S C A R A

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA'

Ai sensi del Decreto Legislativo 08.04.2013, n. 39 (GU n. 92 del 19.04.2013), in vigore dal 04.05.2013)
Disposizioni in materia di inferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni
e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50, della Legge n. 190 del 06.11.2012

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47, DPR n. 445/2000)

La sottoscritta DE TULLIO ILARIA

nata a PESCARA il 22/02/1988

codice fiscale DTLLRI88B62G482T

in relazione alla carica di REVISORE DEI CONTI EFFETTIVO

ricoperta presso codesto Ordine per il quadriennio 2025-2028,

consapevole delle sanzioni penali previste per false attestazioni e dichiarazioni mendaci dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28.12.2000 e delle conseguenze di cui all'art. 20, comma 5 del D.Lgs. n. 39/2013,

DICHIARA

-l'insussistenza nei propri confronti delle cause di inferibilità e incompatibilità previste dal D.Lgs. n. 39 del 08.04.2013;

-di essere informato/a che, ai sensi dell'art. 20, comma 3, del D.Lgs. n. 39/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito istituzionale dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Pescara - Sezione Amministrazione Trasparente.

SI IMPEGNA

ai sensi dell'art. 20, comma 2, del D.Lgs. n. 39/2013 a rendere con cadenza annuale dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità e a comunicare tempestivamente eventuali sopravvenuti elementi ostativi.

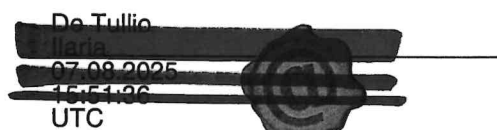
Trattamento dei dati

I dati personali raccolti nel presente modulo e nella documentazione allegata saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, secondo i principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando in questo modo la riservatezza dei partecipanti e i loro diritti ai sensi e per gli effetti del regolamento 679/2016 e del decreto legislativo n. 196/2003.

Data _____

Firma

De Tullio
Ilaria
07-08-2025
15:51:26
UTC



Allega:

-copia documento d'identità in corso di validità

Spett.le
Ordine dei Medici C. e O.
Via dei Sabini, 102
65127 P E S C A R A

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA'

Ai sensi del Decreto Legislativo 08.04.2013, n. 39 (GU n. 92 del 19.04.2013), in vigore dal 04.05.2013)
Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni
e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50, della Legge n. 190 del 06.11.2012

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47, DPR n. 445/2000)

Il sottoscritto **COSTANTE GIANLUCA**

nato a **PENNE (PE)** il **07/04/1989**

codice fiscale **CCCMSS54C44D786C**

in relazione alla carica di **REVISORE DEI CONTI SUPPLENTE**

ricoperta presso codesto Ordine per il quadriennio **2025-2028**,

consapevole delle sanzioni penali previste per false attestazioni e dichiarazioni mendaci dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28.12.2000 e delle conseguenze di cui all'art. 20, comma 5 del D.Lgs. n. 39/2013,

DICHIARA

-l'insussistenza nei propri confronti delle cause di inconferibilità e incompatibilità previste dal D.Lgs. n. 39 del 08.04.2013;

-di essere informato/a che, ai sensi dell'art. 20, comma 3, del D.Lgs. n. 39/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito istituzionale dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Pescara - Sezione Amministrazione Trasparente.

SI IMPEGNA

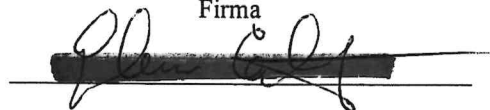
ai sensi dell'art. 20, comma 2, del D.Lgs. n. 39/2013 a rendere con cadenza annuale dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità e a comunicare tempestivamente eventuali sopravvenuti elementi ostativi.

Trattamento dei dati

I dati personali raccolti nel presente modulo e nella documentazione allegata saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, secondo i principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando in questo modo la riservatezza dei partecipanti e i loro diritti ai sensi e per gli effetti del regolamento 679/2016 e del decreto legislativo n. 196/2003.

Data 23/07/2025

Firma



Allega:

-copia documento d'identità in corso di validità