

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 ANZELMO ROSA nato/a a LECCE M-0361 residente a CAVAUINO (LE) in via G. PARINI 17 C.F. NZLR5061C51E506U, 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

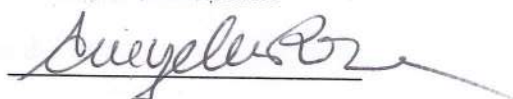
DICHIARA

- 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 CAIP 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 19.11.2024

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 ANZELMO ROSA nato/a a LECCE 11.03.1961 residente a CATANZANO (CZ) in via G. PARRINI 17 C.F. NZLR5061C51E506 U,
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

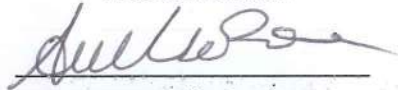
DICHIARA

- 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.

Data 19.11.2024

Il Dichiarante



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



REPUBBLICA ITALIANA
MINISTERO DELL'INTERNO

CA39011LN

CARTA DI IDENTITÀ / IDENTITY CARD

COMUNE DI / MUNICIPALITY

BRANCALEONE

COGNOME / SURNAME

ARMONIO

NOME / NAME

VITTORIA BRUNA

LUOGO E DATA DI NASCITA

PLACE AND DATE OF BIRTH

MELITO DI PORTO SALVO (RC) 24.03.1990

SESSO

SEX

F

STATURA

HEIGHT

167

CITTADINANZA

NATIONALITY

ITA

EMISSIONE / ISSUING

22.03.2022

SCADENZA / EXPIRY

24.03.2032

FIRMA DEL TITOLARE

HOLDER'S SIGNATURE

Vittoria Bruno Armonio



541945

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 ARMONIO VITTORIA BRUNA nato/a a MEUTO P.S (RC) residente a LECCE in via PIAZZA ARMANDO ROFFONE, 24 C.F. RMNVTR90C64F1120

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 presso l'OPI di Lecce;
VICE PRESIDENTE
- 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 14.10.2024

Il Dichiarante

Vittoria Bruna Armonio

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 ANTONIO VICTORIA BRUNA nato/a a MEUTO P.S. (PC) residente a LECCE in via P.ZZA ARMANDO TROTTONE C.F. RMNTR90C64F1720, 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.

Data 14.10.2024

Il Dichiarante

Antonio Bruna

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 DE RAZZA GIACQUINA nato/a a NARDO residente a NARDO in via C.A. DELLA CHIESA, 30.C.F. DRE QHN76 D43F842A 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

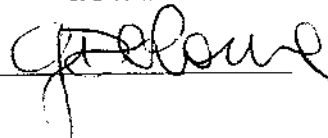
DICHIARA

- 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 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 30/12/24

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 DEPHEA GIACQUINA nato/a a NAPOLI residente a NAPOLI in via A. DAU CAIEA 35 F. DREGAN 74 D. 3842A 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.

Data 30/12/24

Il Dichiarante



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

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

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

Il/La sottoscritto/a LAZZARI MARIA ANTONIETTA nato/a a NOUGUA residente a TRICANI in via C.SO OTTAVIANO AUGUSTO C.F. LZZHNT63P65F916D, 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 INFERM. PEDIATR. presso l'OPI di Lecce;
- di essere informato che, ai sensi dell'art.20 del D.Lgs. n.39/2013 la presente dichiarazione, da rinnovare ogni anno, verrà pubblicata sul sito istituzionale dell'OPI di Lecce, nella sezione "Amministrazione Trasparente".

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

Data 17/11/2024

Il Dichiarante

Lazzari Maria Antonietta

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 LAZZARI MARIA ANTONIETA nato/a a NOUGUA residente a

TRIAVE in via C.SO STAVIANO AUGURO C.F. LZZHNT63P65F916D.

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

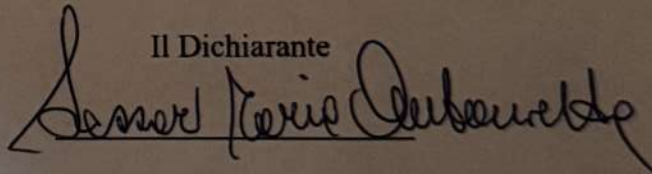
DICHIARA

- 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.

Data 17/11/2024

Il Dichiarante



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

REPUBBLICA ITALIANA



COMUNE DI
TRICASE

(Provincia di Lecce)

CARTA D'IDENTITÀ

N° AX 2302830

DI

LAZZARI

MARIA ANTONIETTA

Cognome **LAZZARI**
Nome **MARIA ANTONIETTA**
nato il **25/09/1963**
(atto n. **40** P. **I S.** **A.**)
a **NOCIGLIA (LE)**
Cittadinanza **ITALIANA**
Residenza **TRICASE (LE)**
Via **CORSO OTTAVIANO AUGUSTO N. 23**
Stato civile **CONIUGATA**
Professione **VIGILATRICE D' INFANZIA**
CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
Statura **m. 1,68**
Capelli **NERI**
Occhi **VERDI**
Segni particolari **NESSUN**



Firma del titolare *Lazzari Maria Antonietta*
TRICASE li **23/09/2015**

Impronta del dito
indice sinistro

IL SINDACO

Delegato dal Sindaco

Diritto fisso

€ 5,16



Scade il 25/09/2025
(art. 31, legge 25/06/2008, n.112)



AX 2302830



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 JUANITA TORRE nato/a a GALLIPOLI residente a _____
in via TRENTO, 25 C.F. TRR JNT 76556D883

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 19/11/29

Il Dichiarante

Juanita Torre

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 JUANITA TORRE nato/a a GALLI PO residente a _____ in via TRENTO, 25 C.F. TRR JNT 76556 D 883 X 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.

Data 19/11/29

Il Dichiarante
Juanita Torre

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

TORRE
 Cognome **JUANITA**
 Nome **16/11/1976**
 nato il **784** **1** **A**
 (atto n. P. S.)
GALLIPOLI (LE)
 a
 Cittadinanza **ITALIANA**
GALLIPOLI
 Residenza
 Via
 Stato civile
 Professione
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
 Statura **CASTANI**
 Capelli **CASTANI**
 Occhi
 Segni particolari



Firma del titolare *Juanita Torre*
GALLIPOLI **26/04/2018**
 li

Impronta del dito
 indice sinistro

IL SINDACO

CITTÀ di GALLIPOLI
 L' UFFICIALE DI ANAGRAFE
 Istruttore Amministrativo
Roberto PETRUCELLI

Scade il 16/11/2028



DIR. SEGR. 0,26
 IMP. FISSO 5,16
 TOT. **AZ 0673352**

REPUBBLICA ITALIANA



COMUNE DI

GALLIPOLI

CARTA D'IDENTITÀ

N° **AZ 0673352**

DI

TORRE

JUANITA