ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI - CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI CASERTA
ENTE DI DIRITTO PUBBLICO (D.L. 13-9-1946 n. 233)
Numero Codice Fiscale: 80101410613
Prol. Via Bramante n. 19 - P.co Gabriella (Lotto B - Scala F) - 81100 Caserta - Tel. (0823) 328973 - 327153 - Fax 328818 - e-mail ordine@omceocaserta.it

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' ALLA NOMINA A COMPONENTE COMMISSIONE CAO DELL'ORDINE PROFESSIONALE

IL / LA SOTTOSCRITT__

CARBONE DOMENICO
Cognome e nome

Nato/a a CIMITILE (Prov. NA) Il 25/6/1957

Eletto/a a Componente Commissione CAO dell'Ordine Provinciale dei Medici-Chirurghi e Odontoiatri di Caserta per il triennio 2015/ 2017,

consapevole

delle sanzioni previste dagli artt. 48 e 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci; nonché: delle conseguenze di cui all'art. 75 comma 1 del medesimo DPR e di cui al l'art 20 c. 5 del D.Lgs 39/2013; della nullità degli incarichi conferiti in violazione delle disposizioni di cui all'art. 17 del D.Lgs 39/2013,

dichiara

1. di non essere stato condannato/a , anche con sentenza non passata in giudicato,per uno dei reati previsti nel Capo I del Titolo II del libro secondo del Codice Penale (art. 3 c. 1 D.Lgs 39/2013).

2. di non avere,nei due anni antecedenti l'assunzione della carica di Consigliere dell'Ordine Provinciale dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri di Caserta, svolto attività professionali finanziate o comunque retribuite dall'Ordine Provinciale (art. 4 c.1 lett.b) D.Lgs 39/2013).

3. di essere stato informato che i dati raccolti verranno pubblicati nel sito dell'Ordine Provinciale dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri di Caserta ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 20 c. 3 del D.Lgs 39/2013.

Il sottoscritto/a si impegna, all'eventuale verificarsi nel corso del triennio, di una causa di inconferibilità contemplata nel D.Lgs 29/2013 a darne tempestiva comunicazione all'Ordine professionale.

Si allega, ai fini della presente dichiarazione, copia di valido documento di identità.

Data 16 DIC. 2014

Firma per esteso

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI - CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI CASERTA
ENTE DI DIRITTO PUBBLICO (D.L. 13-9-1946 n. 233)
Numero Codice Fiscale: 80101410613
Prol. Via Bramante n. 19 - P.co Gabriella (Lotto B - Scala F) - 81100 Caserta - Tel. (0823) 328973 - 327153 - Fax 328818 - e-mail ordine@omceocaserta.it

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' ALLA NOMINA A COMPONENTE COMMISSIONE CAO DELL'ORDINE PROFESSIONALE

IL / LA SOTTOSCRITT__

DEL PIANO GENNARO
Cognome e nome

Nato/a a S. MARIA C.V. (Prov. CE) Il 04-03-73

Eletto/a a Componente Commissione CAO dell'Ordine Provinciale dei Medici-Chirurghi e Odontoiatri di Caserta per il triennio 2015/ 2017,

consapevole

delle sanzioni previste dagli artt. 48 e 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci; nonché: delle conseguenze di cui all'art. 75 comma 1 del medesimo DPR e di cui al l'art 20 c. 5 del D.Lgs 39/2013; della nullità degli incarichi conferiti in violazione delle disposizioni di cui all'art. 17 del D.Lgs 39/2013,

dichiara

1. di non essere stato condannato/a , anche con sentenza non passata in giudicato,per uno dei reati previsti nel Capo I del Titolo II del libro secondo del Codice Penale (art. 3 c. 1 D.Lgs 39/2013).

2. di non avere,nei due anni antecedenti l'assunzione della carica di Consigliere dell'Ordine Provinciale dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri di Caserta, svolto attività professionali finanziate o comunque retribuite dall'Ordine Provinciale (art. 4 c.1 lett.b) D.Lgs 39/2013).

3. di essere stato informato che i dati raccolti verranno pubblicati nel sito dell'Ordine Provinciale dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri di Caserta ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 20 c. 3 del D.Lgs 39/2013.

Il sottoscritto/a si impegna, all'eventuale verificarsi nel corso del triennio, di una causa di inconferibilità contemplata nel D.Lgs 29/2013 a darne tempestiva comunicazione all'Ordine professionale.

Si allega, ai fini della presente dichiarazione, copia di valido documento di identità.

Data 16 DIC. 2014

Firma per esteso

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI - CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI CASERTA
ENTE DI DIRITTO PUBBLICO (D.L. 13-9-1946 n. 233)
Numero Codice Fiscale: 80101410613
Prol. Via Bramante n. 19 - P.co Gabriella (Lotto B - Scala F) - 81100 Caserta - Tel. (0823) 328973 - 327153 - Fax 328818 - e-mail ordine@omceocaserta.it

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' ALLA NOMINA A COMPONENTE COMMISSIONE CAO DELL'ORDINE PROFESSIONALE

IL / LA SOTTOSCRITT O

NUZZO PIETRO
Cognome e nome

Nato/a a PANNARANO (Prov. BN) Il 28-04-1956

Eletto/a a Componente Commissione CAO dell'Ordine Provinciale dei Medici-Chirurghi e Odontoiatri di Caserta per il triennio 2015/ 2017,

consapevole

delle sanzioni previste dagli artt. 48 e 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci; nonché: delle conseguenze di cui all'art. 75 comma 1 del medesimo DPR e di cui al l'art 20 c. 5 del D.Lgs 39/2013; della nullità degli incarichi conferiti in violazione delle disposizioni di cui all'art. 17 del D.Lgs 39/2013,

dichiara

1. di non essere stato condannato/a , anche con sentenza non passata in giudicato,per uno dei reati previsti nel Capo I del Titolo II del libro secondo del Codice Penale (art. 3 c. 1 D.Lgs 39/2013).

2. di non avere,nei due anni antecedenti l'assunzione della carica di Consigliere dell'Ordine Provinciale dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri di Caserta, svolto attività professionali finanziate o comunque retribuite dall'Ordine Provinciale (art. 4 c.1 lett.b) D.Lgs 39/2013).

3. di essere stato informato che i dati raccolti verranno pubblicati nel sito dell'Ordine Provinciale dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri di Caserta ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 20 c. 3 del D.Lgs 39/2013.

Il sottoscritto/a si impegna, all'eventuale verificarsi nel corso del triennio, di una causa di inconferibilità contemplata nel D.Lgs 29/2013 a darne tempestiva comunicazione all'Ordine professionale.

Si allega, ai fini della presente dichiarazione, copia di valido documento di identità.

Data 16 DIC. 2014

Firma per esteso

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI - CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI CASERTA
ENTE DI DIRITTO PUBBLICO (D.L. 13-9-1946 n. 233)
Numero Codice Fiscale: 80101410613
Prol. Via Bramante n. 19 - P.co Gabriella (Lotto B - Scala F) - 81100 Caserta - Tel. (0823) 328973 - 327153 - Fax 328818 - e-mail ordine@omceocaserta.it

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' ALLA NOMINA A COMPONENTE COMMISSIONE CAO DELL'ORDINE PROFESSIONALE

IL / LA SOTTOSCRITT__

Scolzone Pietro Paolo
Cognome e nome

Nato/a a Casal di Principe (Prov. CE) Il 24-2-1953

Eletto/a a Componente Commissione CAO dell'Ordine Provinciale dei Medici-Chirurghi e Odontoiatri di Caserta per il triennio 2015/ 2017,

consapevole

delle sanzioni previste dagli artt. 48 e 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci; nonché: delle conseguenze di cui all'art. 75 comma 1 del medesimo DPR e di cui al l'art 20 c. 5 del D.Lgs 39/2013; della nullità degli incarichi conferiti in violazione delle disposizioni di cui all'art. 17 del D.Lgs 39/2013,

dichiara

1. di non essere stato condannato/a , anche con sentenza non passata in giudicato,per uno dei reati previsti nel Capo I del Titolo II del libro secondo del Codice Penale (art. 3 c. 1 D.Lgs 39/2013).

2. di non avere,nei due anni antecedenti l'assunzione della carica di Consigliere dell'Ordine Provinciale dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri di Caserta, svolto attività professionali finanziate o comunque retribuite dall'Ordine Provinciale (art. 4 c.1 lett.b) D.Lgs 39/2013).

3. di essere stato informato che i dati raccolti verranno pubblicati nel sito dell'Ordine Provinciale dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri di Caserta ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 20 c. 3 del D.Lgs 39/2013.

Il sottoscritto/a si impegna, all'eventuale verificarsi nel corso del triennio, di una causa di inconferibilità contemplata nel D.Lgs 29/2013 a darne tempestiva comunicazione all'Ordine professionale.

Si allega, ai fini della presente dichiarazione, copia di valido documento di identità.

Data 16 DIC. 2014

Firma per esteso