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 CONSIGLIERE DELL'ORDINE PROFESSIONALE

IL / LA SOTTOSCRITT__

BOTTIGLIERI MARIA ERMINIA
Cognome e nome

Nato/a a S MARIA C.V. (Prov. CE) Il 17/10/1960

Eletto/a a Consigliere 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

Maria Erminia Bottiglieri
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 CONSIGLIERE DELL'ORDINE PROFESSIONALE

IL / ~~LA~~ SOTTOSCRITTO

BOSCO FERDINANDO

Cognome e nome

Nato/~~a~~ a CASAL DI PRINCIPE (Prov. CE) Il 19.09.1952

Eletto/a a Consigliere 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 CONSIGLIERE DELL'ORDINE PROFESSIONALE

IL / LA SOTTOSCRITTO/A

CARMELINA CORVINO
Cognome e nome

Nato/a a CASAL DI PRINCIPE (Prov. CE) Il 22.04.1962

Eletto/a a Consigliere 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 CONSIGLIERE DELL'ORDINE PROFESSIONALE

IL / LA SOTTOSCRITTO

GREG AGOSTINO
Cognome e nome

Nato/a a CASERTA (Prov. CE) Il 03.05.1959

Eletto/a a Consigliere 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 CONSIGLIERE DELL'ORDINE PROFESSIONALE

IL / LA SOTTOSCRITT__

Iannielli Federico
Cognome e nome

Nato/a a Casalucce (Prov. CE) Il 12/12/1957

Eletto/a a Consigliere 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 CONSIGLIERE DELL'ORDINE PROFESSIONALE

IL / LA SOTTOSCRITT O

LIGUORI PASQUALE

Cognome e nome

Nato/a a NAPOLI (Prov.) Il 20/10/81

Eletto/a a Consigliere 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 CONSIGLIERE DELL'ORDINE PROFESSIONALE

IL / LA SOTTOSCRITTO

MANNECCA ROBERTO
Cognome e nome

Nato/a a ANDRIA (Prov. BA) Il 04/04/61

Eletto/a a Consigliere 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 CONSIGLIERE DELL'ORDINE PROFESSIONALE

IL / LA SOTTOSCRITT O

MANTI CARLO
Cognome e nome

Nato/a a CASSINO (Prov. FR) Il 03-05-83

Eletto/a a Consigliere 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 CONSIGLIERE DELL'ORDINE PROFESSIONALE

IL / LA SOTTOSCRITT~~O~~A

PENTO LAURA
Cognome e nome

Nato/a a CAPUA (Prov. CE) Il 27.06.1971

Eletto/a a Consigliere 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 CONSIGLIERE 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 Consigliere 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 CONSIGLIERE DELL'ORDINE PROFESSIONALE

IL / LA SOTTOSCRITT__

PAPA DOMENICO
Cognome e nome

Nato/a a MONDRAGONE (Prov. CE) Il 18/03/1961

Eletto/a a Consigliere 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 CONSIGLIERE DELL'ORDINE PROFESSIONALE

IL / LA SOTTOSCRITTO

PINTO DIERO

Cognome e nome

Nato/a a MADDALONI (Prov. CE) Il 28-09-82

Eletto/a a Consigliere 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 CONSIGLIERE DELL'ORDINE PROFESSIONALE

IL / LA SOTTOSCRITTO

Scalzone Pietro Paolo
Cognome e nome

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

Eletto/a a Consigliere 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 CONSIGLIERE DELL'ORDINE PROFESSIONALE

IL / LA SOTTOSCRITTA

TARABUSO ANNA
Cognome e nome

Nato/a a CASERTA (Prov. CE) Il 09/12/1957

Eletto/a a Consigliere 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 CONSIGLIERE DELL'ORDINE PROFESSIONALE

IL / LA SOTTOSCRITT__

TROMPO CLAUDIO
Cognome e nome

Nato/a a TRONDOLA - DI COMO (Prov. CO) Il 28.04.1955

Eletto/a a Consigliere 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 CONSIGLIERE DELL'ORDINE PROFESSIONALE

IL / LA SOTTOSCRITT__

ZINZARO LUIGI RENATO
Cognome e nome

Nato/a a NAPOLI (Prov. NA) Il 09-01-51

Eletto/a a Consigliere 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