**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_A

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 2018/ 2020,

***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 7 novembre 2017

Maria Ermina 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

GIOVANNI CERULLO

*Cognome e nome*

Nato/a a MUGNANO DI NAPOLI (Prov. NA) Il 13/04/1986

Eletto/a a Consigliere dell'Ordine Provinciale dei Medici-Chirurghi e Odontoiatri di Caserta per il triennio 2018/ 2020,

***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 7 novembre 2017

*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

CORVINO RAFFAELE
*Cognome e nome*

Nato/a a CASERTA (Prov. CE) Il 15/11/1987

Eletto/a a Consigliere dell'Ordine Provinciale dei Medici-Chirurghi e Odontoiatri di Caserta per il triennio 2018/ 2020,

***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 7 novembre 2017

*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__

D'ADDIO FILIPPO

*Cognome e nome*

Nato/a a SANTA MARIA A VICO (Prov. CE) Il 02/07/1958

Eletto/a a Consigliere dell'Ordine Provinciale dei Medici-Chirurghi e Odontoiatri di Caserta per il triennio 2018/ 2020,

***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 7 novembre 2017

*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

FARINA VINCENZO
*Cognome e nome*

Nato/a a NAPOLI (Prov._____) Il 25/11/1962

Eletto/a a Consigliere dell'Ordine Provinciale dei Medici-Chirurghi e Odontoiatri di Caserta per il triennio 2018/ 2020,

***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 7 novembre 2017

Vincenzo Farina
*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

GRECO 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 2018/ 2020,

***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 7 novembre 2017

*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__

IODICE ANTONIO
*Cognome e nome*

Nato/a a NAPOLI (Prov. CE) Il 27/01/1980

Eletto/a a Consigliere dell'Ordine Provinciale dei Medici-Chirurghi e Odontoiatri di Caserta per il triennio 2018/ 2020,

***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 7 novembre 2017

*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. NA) Il 20/10/81

Eletto/a a Consigliere dell'Ordine Provinciale dei Medici-Chirurghi e Odontoiatri di Caserta per il triennio 2018/ 2020,

***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 7 novembre 2017

*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

MANNELLA 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 2018/ 2020,

***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 7 novembre 2017

*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

MONTI CARLO

*Cognome e nome*

Nato/a a CASSANO (Prov. CS) Il 03.05.83

Eletto/a a Consigliere dell'Ordine Provinciale dei Medici-Chirurghi e Odontoiatri di Caserta per il triennio 2018/ 2020,

***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 7 novembre 2017

*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 A

MUTO LAURA
*Cognome e nome*

Nato/a a CAPUA (Prov. CE) Il 27.06.71

Eletto/a a Consigliere dell'Ordine Provinciale dei Medici-Chirurghi e Odontoiatri di Caserta per il triennio 2018/ 2020,

***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 7 novembre 2017

*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__

DOMENICO PERA.
*Cognome e nome*

Nato/a a AVERSA (Prov. CE) Il 03-05-1959

Eletto/a a Consigliere dell'Ordine Provinciale dei Medici-Chirurghi e Odontoiatri di Caserta per il triennio 2018/ 2020,

***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 7 novembre 2017

*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__

PETRILLO FRANCESCO

*Cognome e nome*

Nato/a a AVERSA (Prov. CE) Il 07-11-1965

Eletto/a a Consigliere dell'Ordine Provinciale dei Medici-Chirurghi e Odontoiatri di Caserta per il triennio 2018/ 2020,

***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 7 novembre 2017

*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 OMERO

*Cognome e nome*

Nato/a a MADDALONI (Prov. CE) Il 28-04-1982

Eletto/a a Consigliere dell'Ordine Provinciale dei Medici-Chirurghi e Odontoiatri di Caserta per il triennio 2018/ 2020,

***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 7 novembre 2017

*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__

Scalzone Pietro Paolo
*Cognome e nome*

Nato/a a Capodrise (Prov. CE) Il 24/02/1953

Eletto/a a Consigliere dell'Ordine Provinciale dei Medici-Chirurghi e Odontoiatri di Caserta per il triennio 2018/ 2020,

***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 7 novembre 2017

*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 2018/ 2020,

***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 7 novembre 2017

*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 9-1-57

Eletto/a a Consigliere dell'Ordine Provinciale dei Medici-Chirurghi e Odontoiatri di Caserta per il triennio 2018/ 2020,

***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 7 novembre 2017

*Firma per esteso*