

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA'

Ai sensi del D. Lgs. 08.04.2013, n. 39 – Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50, della legge 06 novembre 2012, n. 190.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47, D.P.R. n. 445/2000)

ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DI FIRENZE

Il/La sottoscritto/a ALTI EUSABETTA,

nato/a a FIRENZE il 12/06/1959

codice fiscale LTALBTS9H52D612X

titolare dell'incarico di VICE PRESIDENTE

presso l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Firenze

- visto il D.Lgs. n. 39 del 08.04.2013, artt. 20 e 21;
- consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e delle conseguenze di cui all'art. 20 c. 5 del D.Lgs. n. 39/2013, in caso di dichiarazioni mendaci

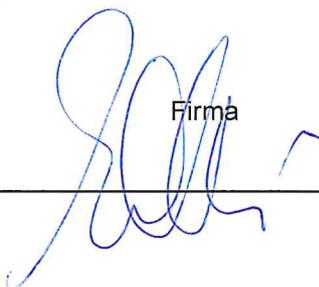
DICHIARA

- l'insussistenza nei propri confronti delle cause di inconferibilità e incompatibilità previste dal D.Lgs. 08.04.2013, n. 39;
- di essere informato/a che, ai sensi e per gli effetti della normativa sulla protezione dei dati personali, i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato/a che, ai sensi dell'art. 20, comma 3, del D. Lgs. n. 39/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito istituzionale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze nella Sezione Amministrazione Trasparente unitamente al proprio curriculum vitae.

SI IMPEGNA

- ad astenersi, in tutti i casi in cui possa sussistere un conflitto di interesse, dall'adottare pareri, valutazione tecniche o provvedimenti finali;
- ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs n. 39/2013 a rendere analoga dichiarazione con cadenza annuale ed a comunicare tempestivamente eventuali sopravvenuti elementi ostativi.

Firenze, 23/3/22


Firma

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA'

Ai sensi del D. Lgs. 08.04.2013, n. 39 – Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50, della legge 06 novembre 2012, n. 190.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47, D.P.R. n. 445/2000)

ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI
DI FIRENZE

Il/La sottoscritto/a BAGLIONI SERGIO,

nato/a a FIRENZE il 16/09/1952

codice fiscale BGLSRG52P16D612W

titolare dell'incarico di CONSIGLIERE SEGRETARIO

presso l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Firenze

- visto il D.Lgs. n. 39 del 08.04.2013, artt. 20 e 21;
- consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e delle conseguenze di cui all'art. 20 c. 5 del D.Lgs. n. 39/2013, in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

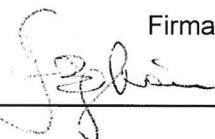
- l'insussistenza nei propri confronti delle cause di inconferibilità e incompatibilità previste dal D.Lgs. 08.04.2013, n. 39;
- di essere informato/a che, ai sensi e per gli effetti della normativa sulla protezione dei dati personali, i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato/a che, ai sensi dell'art. 20, comma 3, del D. Lgs. n. 39/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito istituzionale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze nella Sezione Amministrazione Trasparente unitamente al proprio curriculum vitae.

SI IMPEGNA

- ad astenersi, in tutti i casi in cui possa sussistere un conflitto di interesse, dall'adottare pareri, valutazione tecniche o provvedimenti finali;
- ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs n. 39/2013 a rendere analoga dichiarazione con cadenza annuale ed a comunicare tempestivamente eventuali sopravvenuti elementi ostativi.

Firenze, 27/3/22

Firma



DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA'

Ai sensi del D. Lgs. 08.04.2013, n. 39 – Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50, della legge 06 novembre 2012, n. 190.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47, D.P.R. n. 445/2000)

ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DI FIRENZE

Il/La sottoscritto/a BALDINI BARBARA

nato/a a FIRENZE il 27/03/1963

codice fiscale BLD BRR 63C67D612C

titolare dell'incarico di REVISORE DEI CONTI

presso l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Firenze

- visto il D.Lgs. n. 39 del 08.04.2013, artt. 20 e 21;
- consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e delle conseguenze di cui all'art. 20 c. 5 del D.Lgs. n. 39/2013, in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

- l'insussistenza nei propri confronti delle cause di inconferibilità e incompatibilità previste dal D.Lgs. 08.04.2013, n. 39;
- di essere informato/a che, ai sensi e per gli effetti della normativa sulla protezione dei dati personali, i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato/a che, ai sensi dell'art. 20, comma 3, del D. Lgs. n. 39/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito istituzionale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze nella Sezione Amministrazione Trasparente unitamente al proprio curriculum vitae.

SI IMPEGNA

- ad astenersi, in tutti i casi in cui possa sussistere un conflitto di interesse, dall'adottare pareri, valutazione tecniche o provvedimenti finali;
- ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs n. 39/2013 a rendere analoga dichiarazione con cadenza annuale ed a comunicare tempestivamente eventuali sopravvenuti elementi ostativi.

Firenze, 23/03/2009

B. Baldini
Firma

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA'

Ai sensi del D. Lgs. 08.04.2013, n. 39 – Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50, della legge 06 novembre 2012, n. 190.

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

All'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI
FIRENZE

Il/La sottoscritto/a silvia blaszczyk,

nato/a a Firenze il 23/04/1979

titolare dell'incarico di consigliera

presso l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Firenze

- visto il D.Lgs. n. 39 del 08.04.2013, artt. 20 e 21;
- consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e delle conseguenze di cui all'art. 20 c. 5 del D.Lgs. n. 39/2013, in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

- l'insussistenza nei propri confronti delle cause di inconferibilità e incompatibilità previste dal D.Lgs. 08.04.2013, n. 39;
- di essere informato/a che, ai sensi e per gli effetti della normativa sulla protezione dei dati personali, i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato/a che, ai sensi dell'art. 20, comma 3, del D. Lgs. n. 39/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito istituzionale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze nella Sezione Amministrazione Trasparente unitamente al proprio curriculum vitae.

SI IMPEGNA

- ad astenersi, in tutti i casi in cui possa sussistere un conflitto di interesse, dall'adottare pareri, valutazione tecniche o provvedimenti finali;
- ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs n. 39/2013 a rendere analoga dichiarazione con cadenza annuale ed a comunicare tempestivamente eventuali sopravvenuti elementi ostativi.

Firenze, 08/05/2022

Firma


DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA'

Ai sensi del D. Lgs. 08.04.2013, n. 39 – Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50, della legge 06 novembre 2012, n. 190.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47, D.P.R. n. 445/2000)

ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DI FIRENZE

Il/La sottoscritto/a DATTOLO PIETRO CLAUDIO GIOVANNI,

nato/a a ROCCA DI NETO il 07/07/1951

codice fiscale DTTPRC61L07H1603V

titolare dell'incarico di PRESIDENTE

presso l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Firenze

- visto il D.Lgs. n. 39 del 08.04.2013, artt. 20 e 21;
- consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e delle conseguenze di cui all'art. 20 c. 5 del D.Lgs. n. 39/2013, in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

- l'insussistenza nei propri confronti delle cause di inconfiribilità e incompatibilità previste dal D.Lgs. 08.04.2013, n. 39;
- di essere informato/a che, ai sensi e per gli effetti della normativa sulla protezione dei dati personali, i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato/a che, ai sensi dell'art. 20, comma 3, del D. Lgs. n. 39/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito istituzionale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze nella Sezione Amministrazione Trasparente unitamente al proprio curriculum vitae.

SI IMPEGNA

- ad astenersi, in tutti i casi in cui possa sussistere un conflitto di interesse, dall'adottare pareri, valutazione tecniche o provvedimenti finali;
- ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs n. 39/2013 a rendere analogha dichiarazione con cadenza annuale ed a comunicare tempestivamente eventuali sopravvenuti elementi sostativi.

Firenze, 23/03/2022

Firma

Datto

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA'

Ai sensi del D. Lgs. 08.04.2013, n. 39 – Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50, della legge 06 novembre 2012, n. 190.

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

ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DI FIRENZE

Il/La sottoscritto/a FANCELLI VALEMO
nato/a a FIRENZE il 10/11/1977
codice fiscale FNCLR77S10DB12F
titolare dell'incarico di CONSIGLIERE

presso l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Firenze

- visto il D.Lgs. n. 39 del 08.04.2013, artt. 20 e 21;
- consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e delle conseguenze di cui all'art. 20 c. 5 del D.Lgs. n. 39/2013, in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

- l'insussistenza nei propri confronti delle cause di inconferibilità e incompatibilità previste dal D.Lgs. 08.04.2013, n. 39;
- di essere informato/a che, ai sensi e per gli effetti della normativa sulla protezione dei dati personali, i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato/a che, ai sensi dell'art. 20, comma 3, del D. Lgs. n. 39/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito istituzionale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze nella Sezione Amministrazione Trasparente unitamente al proprio curriculum vitae.

SI IMPEGNA

- ad astenersi, in tutti i casi in cui possa sussistere un conflitto di interesse, dall'adottare pareri, valutazione tecniche o provvedimenti finali;
- ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs n. 39/2013 a rendere analoga dichiarazione con cadenza annuale ed a comunicare tempestivamente eventuali sopravvenuti elementi ostativi.

Firenze, 23/03/2022

Firma


DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA'

Ai sensi del D. Lgs. 08.04.2013, n. 39 – Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50, della legge 06 novembre 2012, n. 190.

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

ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DI FIRENZE

Il/La sottoscritto/a FONTANARI Paolo,
nato/a a PARMA il 03/06/1955
codice fiscale FNTPLA55H09G337S
titolare dell'incarico di CONSIGLIERE

presso l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Firenze

- visto il D.Lgs. n. 39 del 08.04.2013, artt. 20 e 21;
- consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e delle conseguenze di cui all'art. 20 c. 5 del D.Lgs. n. 39/2013, in caso di dichiarazioni mendaci

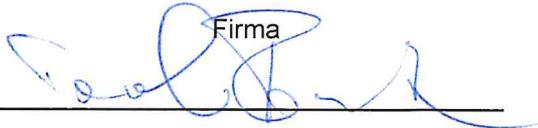
DICHIARA

- l'insussistenza nei propri confronti delle cause di inconferibilità e incompatibilità previste dal D.Lgs. 08.04.2013, n. 39;
- di essere informato/a che, ai sensi e per gli effetti della normativa sulla protezione dei dati personali, i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato/a che, ai sensi dell'art. 20, comma 3, del D. Lgs. n. 39/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito istituzionale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze nella Sezione Amministrazione Trasparente unitamente al proprio curriculum vitae.

SI IMPEGNA

- ad astenersi, in tutti i casi in cui possa sussistere un conflitto di interesse, dall'adottare pareri, valutazione tecniche o provvedimenti finali;
- ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs n. 39/2013 a rendere analogha dichiarazione con cadenza annuale ed a comunicare tempestivamente eventuali sopravvenuti elementi ostativi.

Firenze, 23/3/22


Firma

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA'

Ai sensi del D. Lgs. 08.04.2013, n. 39 – Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50, della legge 06 novembre 2012, n. 190.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47, D.P.R. n. 445/2000)

All'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DI FIRENZE

Il/La sottoscritto/a Luciano Gabbani

nato/a a Firenze il 21/11/1954

titolare dell'incarico di Consigliere

presso l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Firenze

- visto il D.Lgs. n. 39 del 08.04.2013, artt. 20 e 21;
- consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e delle conseguenze di cui all'art. 20 c. 5 del D.Lgs. n. 39/2013, in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

- l'insussistenza nei propri confronti delle cause di inconferibilità e incompatibilità previste dal D.Lgs. 08.04.2013, n. 39;
- di essere informato/a che, ai sensi e per gli effetti della normativa sulla protezione dei dati personali, i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato/a che, ai sensi dell'art. 20, comma 3, del D. Lgs. n. 39/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito istituzionale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze nella Sezione Amministrazione Trasparente unitamente al proprio curriculum vitae.

SI IMPEGNA

- ad astenersi, in tutti i casi in cui possa sussistere un conflitto di interesse, dall'adottare pareri, valutazione tecniche o provvedimenti finali;
- ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs n. 39/2013 a rendere analoga dichiarazione con cadenza annuale ed a comunicare tempestivamente eventuali sopravvenuti elementi ostativi.

Firenze, 30 marzo 2022

LUCIANO
GABBANI
Firma
30.03.2022
09:35:41
GMT+01:00



DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA'

Ai sensi del D. Lgs. 08.04.2013, n. 39 – Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50, della legge 06 novembre 2012, n. 190.

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

ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DI FIRENZE

Il/La sottoscritto/a IORNO MARIA LOREDANA CHIARA,

nato/a a CROSTONE il 10/12/1958

codice fiscale RN1MLR58TSOD1220

titolare dell'incarico di REVISORE DEI CONTI

presso l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Firenze

- visto il D.Lgs. n. 39 del 08.04.2013, artt. 20 e 21;
- consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e delle conseguenze di cui all'art. 20 c. 5 del D.Lgs. n. 39/2013, in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

- l'insussistenza nei propri confronti delle cause di inconferibilità e incompatibilità previste dal D.Lgs. 08.04.2013, n. 39;
- di essere informato/a che, ai sensi e per gli effetti della normativa sulla protezione dei dati personali, i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato/a che, ai sensi dell'art. 20, comma 3, del D. Lgs. n. 39/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito istituzionale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze nella Sezione Amministrazione Trasparente unitamente al proprio curriculum vitae.

SI IMPEGNA

- ad astenersi, in tutti i casi in cui possa sussistere un conflitto di interesse, dall'adottare pareri, valutazione tecniche o provvedimenti finali;
- ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs n. 39/2013 a rendere analogha dichiarazione con cadenza annuale ed a comunicare tempestivamente eventuali sopravvenuti elementi ostativi.

Firenze, 23/03/2022

Firma

Maria Loredana Iorno

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA'

Ai sensi del D. Lgs. 08.04.2013, n. 39 – Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50, della legge 06 novembre 2012, n. 190.

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

ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DI FIRENZE

Il/La sottoscritto/a MARTELLONI MASSIMO,
nato/a a FIRENZE il 09/11/1950
codice fiscale MRTMSM50S09D612Z
titolare dell'incarico di CONSIGLIERE

presso l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Firenze

- visto il D.Lgs. n. 39 del 08.04.2013, artt. 20 e 21;
- consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e delle conseguenze di cui all'art. 20 c. 5 del D.Lgs. n. 39/2013, in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

- l'insussistenza nei propri confronti delle cause di inconfiribilità e incompatibilità previste dal D.Lgs. 08.04.2013, n. 39;
- di essere informato/a che, ai sensi e per gli effetti della normativa sulla protezione dei dati personali, i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato/a che, ai sensi dell'art. 20, comma 3, del D. Lgs. n. 39/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito istituzionale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze nella Sezione Amministrazione Trasparente unitamente al proprio curriculum vitae.

SI IMPEGNA

- ad astenersi, in tutti i casi in cui possa sussistere un conflitto di interesse, dall'adottare pareri, valutazione tecniche o provvedimenti finali;
- ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs n. 39/2013 a rendere analoga dichiarazione con cadenza annuale ed a comunicare tempestivamente eventuali sopravvenuti elementi ostativi.

Firenze, 23/03/2022

Firma
Massimo Martelloni

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA'

Ai sensi del D. Lgs. 08.04.2013, n. 39 – Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50, della legge 06 novembre 2012, n. 190.

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

ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DI FIRENZE

Il/La sottoscritto/a MASI STEFANO,
nato/a a FIRENZE il 21/11/58
codice fiscale MASSTN 58 J21 D012 R
titolare dell'incarico di CONSIGLIERE

presso l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Firenze

- visto il D.Lgs. n. 39 del 08.04.2013, artt. 20 e 21;
- consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e delle conseguenze di cui all'art. 20 c. 5 del D.Lgs. n. 39/2013, in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

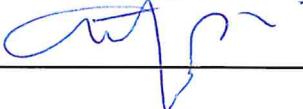
- l'insussistenza nei propri confronti delle cause di inconferibilità e incompatibilità previste dal D.Lgs. 08.04.2013, n. 39;
- di essere informato/a che, ai sensi e per gli effetti della normativa sulla protezione dei dati personali, i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato/a che, ai sensi dell'art. 20, comma 3, del D. Lgs. n. 39/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito istituzionale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze nella Sezione Amministrazione Trasparente unitamente al proprio curriculum vitae.

SI IMPEGNA

- ad astenersi, in tutti i casi in cui possa sussistere un conflitto di interesse, dall'adottare pareri, valutazione tecniche o provvedimenti finali;
- ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs n. 39/2013 a rendere analogha dichiarazione con cadenza annuale ed a comunicare tempestivamente eventuali sopravvenuti elementi ostativi.

Firenze, 23/3/22

Firma



DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA'

Ai sensi del D. Lgs. 08.04.2013, n. 39 – Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50, della legge 06 novembre 2012, n. 190.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47, D.P.R. n. 445/2000)

ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DI FIRENZE

Il/La sottoscritto/a MAZZEI TERESITA,

nato/a a AGUANA il 27/08/1948

codice fiscale MZZTST48M67A071A

titolare dell'incarico di CONSIGLIERE

presso l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Firenze

- visto il D.Lgs. n. 39 del 08.04.2013, artt. 20 e 21;
- consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e delle conseguenze di cui all'art. 20 c. 5 del D.Lgs. n. 39/2013, in caso di dichiarazioni mendaci

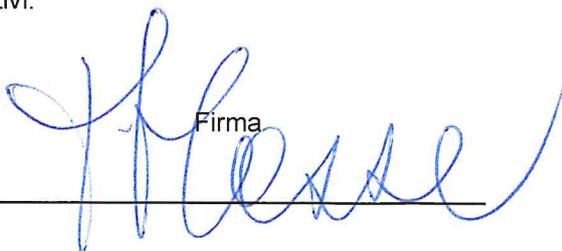
DICHIARA

- l'insussistenza nei propri confronti delle cause di inconferibilità e incompatibilità previste dal D.Lgs. 08.04.2013, n. 39;
- di essere informato/a che, ai sensi e per gli effetti della normativa sulla protezione dei dati personali, i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato/a che, ai sensi dell'art. 20, comma 3, del D. Lgs. n. 39/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito istituzionale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze nella Sezione Amministrazione Trasparente unitamente al proprio curriculum vitae.

SI IMPEGNA

- ad astenersi, in tutti i casi in cui possa sussistere un conflitto di interesse, dall'adottare pareri, valutazione tecniche o provvedimenti finali;
- ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs n. 39/2013 a rendere analoga dichiarazione con cadenza annuale ed a comunicare tempestivamente eventuali sopravvenuti elementi ostativi.

Firenze, 23/03/2022


Firma

DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA'

Ai sensi del D. Lgs. 08.04.2013, n. 39 – Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50, della legge 06 novembre 2012, n. 190.

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

ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DI FIRENZE

Il/La sottoscritto/a MORA MARIA GRAZIA

nato/a a REGGEO il 11/09/1956

codice fiscale MRO MGRS6P51H222G.

titolare dell'incarico di CONSIGLIERE

presso l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Firenze

- visto il D.Lgs. n. 39 del 08.04.2013, artt. 20 e 21;
- consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e delle conseguenze di cui all'art. 20 c. 5 del D.Lgs. n. 39/2013, in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

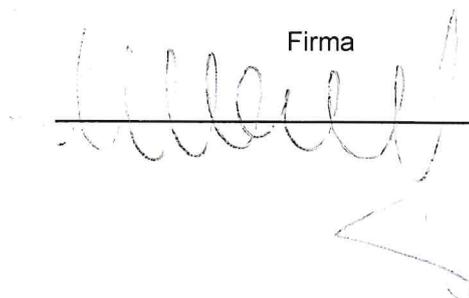
- l'insussistenza nei propri confronti delle cause di inconferibilità e incompatibilità previste dal D.Lgs. 08.04.2013, n. 39;
- di essere informato/a che, ai sensi e per gli effetti della normativa sulla protezione dei dati personali, i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato/a che, ai sensi dell'art. 20, comma 3, del D. Lgs. n. 39/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito istituzionale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze nella Sezione Amministrazione Trasparente unitamente al proprio curriculum vitae.

SI IMPEGNA

- ad astenersi, in tutti i casi in cui possa sussistere un conflitto di interesse, dall'adottare pareri, valutazione tecniche o provvedimenti finali;
- ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs n. 39/2013 a rendere analoga dichiarazione con cadenza annuale ed a comunicare tempestivamente eventuali sopravvenuti elementi ostativi.

Firenze, 23/03/2022

Firma



DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA'

Ai sensi del D. Lgs. 08.04.2013, n. 39 – Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50, della legge 06 novembre 2012, n. 190.

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

All'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DI FIRENZE

Il/La sottoscritto/a PATA MARIA ANTONIA ROSARIA,

nato/a a ROMBIOW il 17/06/1951

codice fiscale PTAMNTS1457HS16H

titolare dell'incarico di TESORIERE

presso l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Firenze

- visto il D.Lgs. n. 39 del 08.04.2013, artt. 20 e 21;
- consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e delle conseguenze di cui all'art. 20 c. 5 del D.Lgs. n. 39/2013, in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

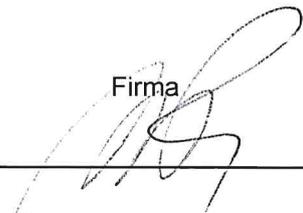
- l'insussistenza nei propri confronti delle cause di inconferibilità e incompatibilità previste dal D.Lgs. 08.04.2013, n. 39;
- di essere informato/a che, ai sensi e per gli effetti della normativa sulla protezione dei dati personali, i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato/a che, ai sensi dell'art. 20, comma 3, del D. Lgs. n. 39/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito istituzionale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze nella Sezione Amministrazione Trasparente unitamente al proprio curriculum vitae.

SI IMPEGNA

- ad astenersi, in tutti i casi in cui possa sussistere un conflitto di interesse, dall'adottare pareri, valutazione tecniche o provvedimenti finali;
- ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs n. 39/2013 a rendere analoga dichiarazione con cadenza annuale ed a comunicare tempestivamente eventuali sopravvenuti elementi ostativi.

Firenze, 23/03/2022

Firma



DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA'

Ai sensi del D. Lgs. 08.04.2013, n. 39 – Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50, della legge 06 novembre 2012, n. 190.

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

ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DI FIRENZE

Il/La sottoscritto/a PEIRANO ALEXANDER

nato/a a FIRENZE il 10/01/1967

codice fiscale PRNLND67A10D612N

titolare dell'incarico di PRESIDENTE CAO - CONSIGLIERE

presso l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Firenze

- visto il D.Lgs. n. 39 del 08.04.2013, artt. 20 e 21;
- consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e delle conseguenze di cui all'art. 20 c. 5 del D.Lgs. n. 39/2013, in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

- l'insussistenza nei propri confronti delle cause di inconferibilità e incompatibilità previste dal D.Lgs. 08.04.2013, n. 39;
- di essere informato/a che, ai sensi e per gli effetti della normativa sulla protezione dei dati personali, i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato/a che, ai sensi dell'art. 20, comma 3, del D. Lgs. n. 39/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito istituzionale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze nella Sezione Amministrazione Trasparente unitamente al proprio curriculum vitae.

SI IMPEGNA

- ad astenersi, in tutti i casi in cui possa sussistere un conflitto di interesse, dall'adottare pareri, valutazione tecniche o provvedimenti finali;
- ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs n. 39/2013 a rendere analoga dichiarazione con cadenza annuale ed a comunicare tempestivamente eventuali sopravvenuti elementi ostativi.

Firenze, 23/11/22

Firma



DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA'

Ai sensi del D. Lgs. 08.04.2013, n. 39 – Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50, della legge 06 novembre 2012, n. 190.

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

ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DI FIRENZE

Il/La sottoscritto/a TOSCANI LUCA,

nato/a a PIUANO il 11/06/1955

codice fiscale TSCLCUSS451F205G

titolare dell'incarico di CONSIGLIERE

presso l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Firenze

- visto il D.Lgs. n. 39 del 08.04.2013, artt. 20 e 21;
- consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e delle conseguenze di cui all'art. 20 c. 5 del D.Lgs. n. 39/2013, in caso di dichiarazioni mendaci

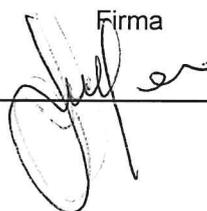
DICHIARA

- l'insussistenza nei propri confronti delle cause di inconferibilità e incompatibilità previste dal D.Lgs. 08.04.2013, n. 39;
- di essere informato/a che, ai sensi e per gli effetti della normativa sulla protezione dei dati personali, i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato/a che, ai sensi dell'art. 20, comma 3, del D. Lgs. n. 39/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito istituzionale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze nella Sezione Amministrazione Trasparente unitamente al proprio curriculum vitae.

SI IMPEGNA

- ad astenersi, in tutti i casi in cui possa sussistere un conflitto di interesse, dall'adottare pareri, valutazione tecniche o provvedimenti finali;
- ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs n. 39/2013 a rendere analogha dichiarazione con cadenza annuale ed a comunicare tempestivamente eventuali sopravvenuti elementi sostativi.

Firenze, 23/3/2022

Firma


DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA'

Ai sensi del D. Lgs. 08.04.2013, n. 39 – Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50, della legge 06 novembre 2012, n. 190.

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

ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DI FIRENZE

Il/La sottoscritto/a UCCI MAURO

nato/a a AVEZZANO il 26/08/1962

codice fiscale CCOMRA42726ASIM

titolare dell'incarico di CONSIGLIERE

presso l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Firenze

- visto il D.Lgs. n. 39 del 08.04.2013, artt. 20 e 21;
- consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e delle conseguenze di cui all'art. 20 c. 5 del D.Lgs. n. 39/2013, in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

- l'insussistenza nei propri confronti delle cause di inconferibilità e incompatibilità previste dal D.Lgs. 08.04.2013, n. 39;
- di essere informato/a che, ai sensi e per gli effetti della normativa sulla protezione dei dati personali, i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato/a che, ai sensi dell'art. 20, comma 3, del D. Lgs. n. 39/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito istituzionale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze nella Sezione Amministrazione Trasparente unitamente al proprio curriculum vitae.

SI IMPEGNA

- ad astenersi, in tutti i casi in cui possa sussistere un conflitto di interesse, dall'adottare pareri, valutazione tecniche o provvedimenti finali;
- ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs n. 39/2013 a rendere analoga dichiarazione con cadenza annuale ed a comunicare tempestivamente eventuali sopravvenuti elementi sostanziali.

Firenze, 23/2/2022

Firma



DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA'

Ai sensi del D. Lgs. 08.04.2013, n. 39 – Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50, della legge 06 novembre 2012, n. 190.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47, D.P.R. n. 445/2000)

ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DI FIRENZE

Il/La sottoscritto/a UNGAR ANDREA
nato/a a FIRENZE il 22/11/1967
codice fiscale NRNRDR67S22D612G
titolare dell'incarico di CONSIGLIERE

presso l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Firenze

- visto il D.Lgs. n. 39 del 08.04.2013, artt. 20 e 21;
- consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e delle conseguenze di cui all'art. 20 c. 5 del D.Lgs. n. 39/2013, in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

- l'insussistenza nei propri confronti delle cause di inconferibilità e incompatibilità previste dal D.Lgs. 08.04.2013, n. 39;
- di essere informato/a che, ai sensi e per gli effetti della normativa sulla protezione dei dati personali, i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato/a che, ai sensi dell'art. 20, comma 3, del D. Lgs. n. 39/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito istituzionale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Firenze nella Sezione Amministrazione Trasparente unitamente al proprio curriculum vitae.

SI IMPEGNA

- ad astenersi, in tutti i casi in cui possa sussistere un conflitto di interesse, dall'adottare pareri, valutazione tecniche o provvedimenti finali;
- ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs n. 39/2013 a rendere analoga dichiarazione con cadenza annuale ed a comunicare tempestivamente eventuali sopravvenuti elementi sostanziali.

Firenze, 23/3/2022

Firma
