

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'  
SULLA INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA'  
ai sensi del D.lgs. n. 39 dell'8 aprile 2013**

Il sottoscritto .....**Sebastiano CALLERI**

nato a      **XXXXXX** .....il ...**XXXXXX**

C.F.:    **XXXXXXXXXXXX**

in relazione all'incarico di **componente del Consiglio di Indirizzo e Vigilanza dell'INAIL**.....

conferito con ...**D.P.C.M. n. 1895**.....del ...**26 maggio 2022**.....

a decorrere dall' **8 luglio 2022** ..... e fino al ...**7 luglio 2026**.....

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dal comma 5 del succitato art. 20, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decaduta dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

che non sussistono cause di incompatibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

Il sottoscritto si dichiara consapevole che la presente dichiarazione, per espresso disposto normativo, ha validità annuale e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico.

Il sottoscritto dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, relativo alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa.

**Roma, 05/07/2023**

**Il Dichiaraente**

**F.to Sebastiano CALLERI**

## MODELLO DICHIARAZIONE ELENCO INCARICHI

(da allegare alla dichiarazione sulla insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità di cui all'articolo 20 del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39)

Ai fini dell'istruttoria sottesa alla verifica della sussistenza di situazioni di inconferibilità/incompatibilità ai sensi e agli effetti del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39, il sottoscritto.....**Sebastiano CALLERI**.....

relativamente al conferimento dell'incarico di **Componente del Consiglio di Indirizzo e Vigilanza dell'INAIL**, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, D.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

### DICHIARA

➤ di ricoprire e/o di aver ricoperto relativamente ai due anni precedenti i seguenti incarichi:

ENTE/SOGGETTO CONFERENTE	TIPOLOGIA DI CARICA O INCARICO	DATA DI NOMINA E/O CONFERIMENTO DELL'INCARICO E/O ASSUNZIONE DELLA CARICA	TERMINE DI SCADENZA E/O CESSAZIONE

#### *In alternativa*

- ~~di NON rivestire né di aver rivestito nei due anni precedenti altre cariche presso enti pubblici o privati e di NON svolgere né di aver svolto nei due anni precedenti altri incarichi con oneri a carico della finanza pubblica~~
- ~~di aver riportato le seguenti condanne, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro II del Codice Penale<sup>1</sup>:~~
- .....
- .....
- .....

<sup>1</sup> Specificare nel relativo elenco i reati per i quali è stata pronunciata la condanna

***In alternativa***

- di NON aver riportato condanne per uno dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro II del Codice Penale.

*L'Amministrazione informa, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, relativo alla protezione dei dati personali, che i dati conferiti con la presente dichiarazione sostitutiva saranno utilizzati in relazione allo sviluppo del procedimento amministrativo per cui essi sono specificati, nonché per gli adempimenti amministrativi ad essi conseguenti, ivi inclusa la pubblicazione dell'atto sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.*

*L'Amministrazione si riserva la facoltà di verificare la veridicità delle informazioni contenute nella presente dichiarazione.*

Si allega copia di un documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore.

**Roma, 05/07/2023**

**Firma del dichiarante**

**F.to Sebastiano CALLERI**

**Osservazioni e/o rilievi dell'organo conferente l'incarico**

Data, .....

Firma.....

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'  
SULLA INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA'  
ai sensi del D.lgs. n. 39 dell'8 aprile 2013**

La sottoscritta .....**Sabina VALENTINI**

nata a      **XXXXXXX** il **XXXXXXX**

C.F.:    **XXXXXXXXXX**

in relazione all'incarico di **componente del Consiglio di Indirizzo e Vigilanza dell'INAIL**.....

conferito con ...**D.P.C.M. n. 1895**.....del ...**26 maggio 2022**.....

a decorrere dall' **8 luglio 2022** ..... e fino al ...**7 luglio 2026**.....

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dal comma 5 del succitato art. 20, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decaduta dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

che non sussistono cause di incompatibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

La sottoscritta si dichiara consapevole che la presente dichiarazione, per espresso disposto normativo, ha validità annuale e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico.

La sottoscritta dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, relativo alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa.

Roma, 12 luglio 2023

**La Dichiarante**

F.to **Sabina VALENTINI**

---

## MODELLO DICHIARAZIONE ELENCO INCARICHI

(da allegare alla dichiarazione sulla insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità di cui all'articolo 20 del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39)

Ai fini dell'istruttoria sottesa alla verifica della sussistenza di situazioni di inconferibilità/incompatibilità ai sensi e agli effetti del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39, la sottoscritta.....**Sabina VALENTINI**.....

relativamente al conferimento dell'incarico di **Componente del Consiglio di Indirizzo e Vigilanza dell'INAIL**, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, D.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

### DICHIARA

➤ di ricoprire e/o di aver ricoperto relativamente ai due anni precedenti i seguenti incarichi:

ENTE/SOGGETTO CONFERENTE	TIPOLOGIA DI CARICA O INCARICO	DATA DI NOMINA E/O CONFERIMENTO DELL'INCARICO E/O ASSUNZIONE DELLA CARICA	TERMINE DI SCADENZA E/O CESSAZIONE
DPCM	CONSIGLIERE CIV INPS	14 NOVEMBRE 2017	GENNAIO 2022
CONFCOOPERATIVE	FILCOOP SANITARIO	GIUGNO 2017	GIUGNO 2023

#### *In alternativa*

- ~~di NON rivestire né di aver rivestito nei due anni precedenti altre cariche presso enti pubblici o privati e di NON svolgere né di aver svolto nei due anni precedenti altri incarichi con oneri a carico della finanza pubblica~~
- ~~di aver riportato le seguenti condanne, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro II del Codice Penale<sup>1</sup>:~~

<sup>1</sup> Specificare nel relativo elenco i reati per i quali è stata pronunciata la condanna

- .....  
- .....  
- .....

***In alternativa***

- di NON aver riportato condanne per uno dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro II del Codice Penale.

*L'Amministrazione informa, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, relativo alla protezione dei dati personali, che i dati conferiti con la presente dichiarazione sostitutiva saranno utilizzati in relazione allo sviluppo del procedimento amministrativo per cui essi sono specificati, nonché per gli adempimenti amministrativi ad essi conseguenti, ivi inclusa la pubblicazione dell'atto sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.*

*L'Amministrazione si riserva la facoltà di verificare la veridicità delle informazioni contenute nella presente dichiarazione.*

Si allega copia di un documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore.

**Data, 12 luglio 2023.**

**Firma della dichiarante**

**f.to      Sabina VALENTINI**

**Osservazioni e/o rilievi dell'organo conferente l'incarico**

Data, .....

Firma.....

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'  
SULLA INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA'  
ai sensi del D.lgs. n. 39 dell'8 aprile 2013**

Il sottoscritto .....**Romano MAGRINI**

nato a      **XXXXXX** il XXXXXXXX

C.F.:    **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**

in relazione all'incarico di **componente del Consiglio di Indirizzo e Vigilanza dell'INAIL**.....

conferito con ...**D.P.C.M. n. 1895**.....del ...**26 maggio 2022**.....

a decorrere dall' **8 luglio 2022** ..... e fino al ...**7 luglio 2026**.....

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dal comma 5 del succitato art. 20, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decaduta dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

che non sussistono cause di incompatibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

Il sottoscritto si dichiara consapevole che la presente dichiarazione, per espresso disposto normativo, ha validità annuale e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico.

Il sottoscritto dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, relativo alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa.

**Roma, 12/07/2023**

**Il Dichiariante**

**F.to Romano MAGRINI**

## MODELLO DICHIARAZIONE ELENCO INCARICHI

(da allegare alla dichiarazione sulla insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità di cui all'articolo 20 del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39)

Ai fini dell'istruttoria sottesa alla verifica della sussistenza di situazioni di inconferibilità/incompatibilità ai sensi e agli effetti del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39, il sottoscritto.....**Romano MAGRINI**.....

relativamente al conferimento dell'incarico di **Componente del Consiglio di Indirizzo e Vigilanza dell'INAIL**, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, D.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

### DICHIARA

➤ di ricoprire e/o di aver ricoperto relativamente ai due anni precedenti i seguenti incarichi:

ENTE/SOGGETTO CONFERENTE	TIPOLOGIA DI CARICA O INCARICO	DATA DI NOMINA E/O CONFERIMENTO DELL'INCARICO E/O ASSUNZIONE DELLA CARICA	TERMINE DI SCADENZA E/O CESSAZIONE
FISA	PRESIDENTE	GIUGNO 2020	GIUGNO 2024
FORAGRI	VICE PRESIDENTE	LUGLIO 2022	LUGLIO 2025
EBAN	CONSIGLIERE	GIUGNO 2020	GIUGNO 2024

#### *In alternativa*

- ~~di NON rivestire né di aver rivestito nei due anni precedenti altre cariche presso enti pubblici o privati e di NON svolgere né di aver svolto nei due anni precedenti altri incarichi con oneri a carico della finanza pubblica~~
- ~~di aver riportato le seguenti condanne, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro II del Codice Penale<sup>1</sup>:~~
- .....
- .....

<sup>1</sup> Specificare nel relativo elenco i reati per i quali è stata pronunciata la condanna

.....

**In alternativa**

- di NON aver riportato condanne per uno dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro II del Codice Penale.

*L'Amministrazione informa, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, relativo alla protezione dei dati personali, che i dati conferiti con la presente dichiarazione sostitutiva saranno utilizzati in relazione allo sviluppo del procedimento amministrativo per cui essi sono specificati, nonché per gli adempimenti amministrativi ad essi conseguenti, ivi inclusa la pubblicazione dell'atto sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.*

*L'Amministrazione si riserva la facoltà di verificare la veridicità delle informazioni contenute nella presente dichiarazione.*

Si allega copia di un documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore.

**Data, 12/07/2023**

**Firma del dichiarante**

.....

**F.to Romano MAGRINI**

**Osservazioni e/o rilievi dell'organo conferente l'incarico**

Data, .....

Firma.....

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'  
SULLA INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA'  
ai sensi del D.lgs. n. 39 dell'8 aprile 2013**

Il sottoscritto .....**Roberto CAPONI**

nato a      **XXXXXX** il **XXXXXXX**

C.F.:    **XXXXXXXXX**

in relazione all'incarico di **componente del Consiglio di Indirizzo e Vigilanza dell'INAIL**.....

conferito con ...**D.P.C.M. n. 1895**.....del ...**26 maggio 2022**.....

a decorrere dall' **8 luglio 2022** ..... e fino al ...**7 luglio 2026**.....

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dal comma 5 del succitato art. 20, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decaduta dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

che non sussistono cause di incompatibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

Il sottoscritto si dichiara consapevole che la presente dichiarazione, per espresso disposto normativo, ha validità annuale e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico.

Il sottoscritto dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, relativo alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa.

**Luogo e data** Roma, 04/07/20233

**Il Dichiarante**

F.to Roberto Caponi

# MODELLO DICHIARAZIONE ELENCO INCARICHI

(da allegare alla dichiarazione sulla insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità di cui all'articolo 20 del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39)

Ai fini dell'istruttoria sottesa alla verifica della sussistenza di situazioni di inconferibilità/incompatibilità ai sensi e agli effetti del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39, il sottoscritto **Roberto CAPONI** relativamente al conferimento dell'incarico di **Componente del Consiglio di Indirizzo e Vigilanza dell'INAIL**, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, D.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

## DICHIARA

➤ di ricoprire e/o di aver ricoperto relativamente ai due anni precedenti i seguenti incarichi:

ENTE/SOGGETTO CONFERENTE	TIPOLOGIA DI CARICA O INCARICO	DATA DI NOMINA E/O CONFERIMENTO DELL'INCARICO E/O ASSUNZIONE DELLA CARICA	TERMINE DI SCADENZA E/O CESSAZIONE
Eban – Ente Bilaterale Agricolo Nazionale	Presidente	2020	2024
For.Agri – Fondo Formazione continua in agricoltura	Consigliere	2022	2025
c/o INPS Comitato Amm.re Cd/Cm	Consigliere	2020	2024
c/o INPS Comitato Amm.re Cd/Cm	Consigliere	2021	2025
Consiglio di Vigilanza /Anpal	Consigliere	2020	2023
Enpaia	Consigliere	2022	2026

### *In alternativa*

➤ di NON rivestire né di aver rivestito nei due anni precedenti altre cariche presso enti pubblici o privati e di NON svolgere né di aver svolto nei due anni precedenti altri incarichi con oneri a carico della finanza pubblica

- di aver riportato le seguenti condanne, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro II del Codice Penale<sup>1</sup>:

- .....  
- .....  
- .....

***In alternativa***

- di NON aver riportato condanne per uno dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro II del Codice Penale.

*L'Amministrazione informa, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, relativo alla protezione dei dati personali, che i dati conferiti con la presente dichiarazione sostitutiva saranno utilizzati in relazione allo sviluppo del procedimento amministrativo per cui essi sono specificati, nonché per gli adempimenti amministrativi ad essi conseguenti, ivi inclusa la pubblicazione dell'atto sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.*

*L'Amministrazione si riserva la facoltà di verificare la veridicità delle informazioni contenute nella presente dichiarazione.*

Si allega copia di un documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore.

**Data 04/07/2023**

**Firma del dichiarante**

**F.to Roberto Caponi**

**Osservazioni e/o rilievi dell'organo conferente l'incarico**

Data, .....

Firma.....

---

<sup>1</sup> Specificare nel relativo elenco i reati per i quali è stata pronunciata la condanna

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'  
SULLA INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA'  
ai sensi del D.lgs. n. 39 dell'8 aprile 2013**

Il sottoscritto .....**Roberto BUSSOLOTTI**

nato a **XXXXXX** il **XXXXXX**

C.F.: **XXXXXXXXXXXX**

in relazione all'incarico di **componente del Consiglio di Indirizzo e Vigilanza dell'INAIL**.....

conferito con ...**D.P.C.M. n. 1895**.....del ...**26 maggio 2022**.....

a decorrere dall' **8 luglio 2022** ..... e fino al ...**7 luglio 2026**.....

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dal comma 5 del succitato art. 20, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decaduta dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

che non sussistono cause di incompatibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

Il sottoscritto si dichiara consapevole che la presente dichiarazione, per espresso disposto normativo, ha validità annuale e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico.

Il sottoscritto dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, relativo alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa.

**L'Aquila, 03.07.2023** \_\_\_\_\_

**Il Dichiaraente**

**F.to Roberto BUSSOLOTTI**

---

## MODELLO DICHIARAZIONE ELENCO INCARICHI

(da allegare alla dichiarazione sulla insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità di cui all'articolo 20 del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39)

Ai fini dell'istruttoria sottesa alla verifica della sussistenza di situazioni di inconferibilità/incompatibilità ai sensi e agli effetti del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39, il sottoscritto.....**Roberto BUSSOLOTTI**.....

relativamente al conferimento dell'incarico di **Componente del Consiglio di Indirizzo e Vigilanza dell'INAIL**, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, D.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

### DICHIARA

➤ di ricoprire e/o di aver ricoperto relativamente ai due anni precedenti i seguenti incarichi:

ENTE/SOGGETTO CONFERENTE	TIPOLOGIA DI CARICA O INCARICO	DATA DI NOMINA E/O CONFERIMENTO DELL'INCARICO E/O ASSUNZIONE DELLA CARICA	TERMINI DI SCADENZA E/O CESSAZIONE
INPS L'Aquila	Sindacale	<b>nessuno</b>	
INAIL L'Aquila	Sindacale	<b>nessuno</b>	
INAIL Roma (Comitato Fondo Amianto)	Sindacale	<b>nessuno</b>	
CE.RE.MO.CO. (R.A.)	Sindacale	<b>nessuno</b>	

### *In alternativa*

- ~~di NON rivestire né di aver rivestito nei due anni precedenti altre cariche presso enti pubblici o privati e di NON svolgere né di aver svolto nei due anni precedenti altri incarichi con oneri a carico della finanza pubblica~~
- ~~di aver riportato le seguenti condanne, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro II del Codice Penale<sup>1</sup>:~~
- .....
- .....
- .....

<sup>1</sup> Specificare nel relativo elenco i reati per i quali è stata pronunciata la condanna

***In alternativa***

- di NON aver riportato condanne per uno dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro II del Codice Penale.

*L'Amministrazione informa, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, relativo alla protezione dei dati personali, che i dati conferiti con la presente dichiarazione sostitutiva saranno utilizzati in relazione allo sviluppo del procedimento amministrativo per cui essi sono specificati, nonché per gli adempimenti amministrativi ad essi conseguenti, ivi inclusa la pubblicazione dell'atto sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.*

*L'Amministrazione si riserva la facoltà di verificare la veridicità delle informazioni contenute nella presente dichiarazione.*

Si allega copia di un documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore.

**Data, 03/07/2023**

**Firma del dichiarante**

**F.to Roberto BUSSOLOTTI**

**Osservazioni e/o rilievi dell'organo conferente l'incarico**

Data, .....

Firma.....

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'  
SULLA INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA'  
ai sensi del D.lgs. n. 39 dell'8 aprile 2013**

Il sottoscritto .....**Marco ABATECOLA**

nato a      **XXXXXX** il **XXXXXXXX**

C.F.:    **XXXXXXXXXXXX**

in relazione all'incarico di **componente del Consiglio di Indirizzo e Vigilanza dell'INAIL**.....

conferito con ...**D.P.C.M. n. 1895**.....del ...**26 maggio 2022**.....

a decorrere dall' **8 luglio 2022** ..... e fino al ...**7 luglio 2026**.....

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dal comma 5 del succitato art. 20, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decaduta dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

che non sussistono cause di incompatibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

Il sottoscritto si dichiara consapevole che la presente dichiarazione, per espresso disposto normativo, ha validità annuale e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico.

Il sottoscritto dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, relativo alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa.

**Roma, 17/07/2023**

**Il Dichiarante**

**f.to      Marco ABATECOLA**

## MODELLO DICHIARAZIONE ELENCO INCARICHI

(da allegare alla dichiarazione sulla insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità di cui all'articolo 20 del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39)

Ai fini dell'istruttoria sottesa alla verifica della sussistenza di situazioni di inconferibilità/incompatibilità ai sensi e agli effetti del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39, il sottoscritto.....**Marco ABATECOLA**.....

relativamente al conferimento dell'incarico di **Componente del Consiglio di Indirizzo e Vigilanza dell'INAIL**, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, D.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

### DICHIARA

➤ di ricoprire e/o di aver ricoperto relativamente ai due anni precedenti i seguenti incarichi:

ENTE/SOGGETTO CONFERENTE	TIPOLOGIA DI CARICA O INCARICO	DATA DI NOMINA E/O CONFERIMENTO DELL'INCARICO E/O ASSUNZIONE DELLA CARICA	TERMINE DI SCADENZA E/O CESSAZIONE
Fondo Fonte	Consigliere di Amministrazione	2015	2024
Fondo EST	Consigliere di Amministrazione	2015	2023
EMVA	Consigliere di Amministrazione	2015	2025

### *In alternativa*

- ~~NON rivestire né di aver rivestito nei due anni precedenti altre cariche presso enti pubblici o privati e di NON svolgere di né di aver svolto nei due anni precedenti altri incarichi con oneri a carico della finanza pubblica~~
- ~~di aver riportato le seguenti condanne, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro II del Codice Penale<sup>1</sup>:~~

<sup>1</sup> Specificare nel relativo elenco i reati per i quali è stata pronunciata la condanna

- .....  
- .....  
- .....

***In alternativa***

- di NON aver riportato condanne per uno dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro II del Codice Penale.

*L'Amministrazione informa, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, relativo alla protezione dei dati personali, che i dati conferiti con la presente dichiarazione sostitutiva saranno utilizzati in relazione allo sviluppo del procedimento amministrativo per cui essi sono specificati, nonché per gli adempimenti amministrativi ad essi conseguenti, ivi inclusa la pubblicazione dell'atto sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.*

*L'Amministrazione si riserva la facoltà di verificare la veridicità delle informazioni contenute nella presente dichiarazione.*

Si allega copia di un documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore.

**Data, 17/07/2023**

**Firma del dichiarante**

**F.to Marco ABATECOLA**

**Osservazioni e/o rilievi dell'organo conferente l'incarico**

Data, .....

Firma.....

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'  
SULLA INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA'  
ai sensi del D.lgs. n. 39 dell'8 aprile 2013**

Il sottoscritto ...**Guglielmo LOY**.....

nato a **XXXXXXX** il **XXXXXXXX**

C.F.: **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**

in relazione all'incarico di ...**Presidente del Consiglio di Indirizzo e Vigilanza dell' INAIL**...

conferito con ...**D.P.C.M. n. 1895**.....del ...**26 maggio 2022**.....

a decorrere dall' **8 luglio 2022** ..... e fino al ...**7 luglio 2026**.....

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dal comma 5 del succitato art. 20, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decaduta dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

che non sussistono cause di incompatibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

Il sottoscritto si dichiara consapevole che la presente dichiarazione, per espresso disposto normativo, ha validità annuale e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico.

Il sottoscritto dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, relativo alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa.

**Roma, 28/06/2023**

**Il Dichiarante**

**F.to Guglielmo LOY**

## MODELLO DICHIARAZIONE ELENCO INCARICHI

(da allegare alla dichiarazione sulla insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità di cui all'articolo 20 del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39)

Ai fini dell'istruttoria sottesa alla verifica della sussistenza di situazioni di inconferibilità/incompatibilità ai sensi e agli effetti del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39, il sottoscritto.....**Guglielmo LOY**.....

relativamente al conferimento dell'incarico di **Presidente del Consiglio di Indirizzo e Vigilanza dell'INAIL**, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, D.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

### DICHIARA

➤ di ricoprire e/o di aver ricoperto relativamente ai due anni precedenti i seguenti incarichi:

ENTE/SOGGETTO CONFERENTE	TIPOLOGIA DI CARICA O INCARICO	DATA DI NOMINA E/O CONFERIMENTO DELL'INCARICO E/O ASSUNZIONE DELLA CARICA	TERMINE DI SCADENZA E/O CESSAZIONE
INPS	Presidente CIV	21 dicembre 2017	3 febbraio 2022

#### *In alternativa*

- ~~di NON rivestire né di aver rivestito nei due anni precedenti altre cariche presso enti pubblici o privati e di NON svolgere né di aver svolto nei due anni precedenti altri incarichi con oneri a carico della finanza pubblica~~
- ~~di aver riportato le seguenti condanne, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro II del Codice Penale<sup>1</sup>:~~
- .....
- .....
- .....

<sup>1</sup> Specificare nel relativo elenco i reati per i quali è stata pronunciata la condanna

***In alternativa***

- di NON aver riportato condanne per uno dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro II del Codice Penale.

*L'Amministrazione informa, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, relativo alla protezione dei dati personali, che i dati conferiti con la presente dichiarazione sostitutiva saranno utilizzati in relazione allo sviluppo del procedimento amministrativo per cui essi sono specificati, nonché per gli adempimenti amministrativi ad essi conseguenti, ivi inclusa la pubblicazione dell'atto sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.*

*L'Amministrazione si riserva la facoltà di verificare la veridicità delle informazioni contenute nella presente dichiarazione.*

Si allega copia di un documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore.

**Roma, 28/06/2023**

**Firma del dichiarante**

**F.to Guglielmo LOY**

**Osservazioni e/o rilievi dell'organo conferente l'incarico**

Data, .....

Firma.....

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'  
SULLA INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA'  
ai sensi del D.lgs. n. 39 dell'8 aprile 2013**

La sottoscritta ..... **Giulia DONGIOVANNI**

nata a      **XXXXXX** il **XXXXXXXXXX**

C.F.:    **XXXXXXXXXXXXXXXXXX**

in relazione all'incarico di **componente del Consiglio di Indirizzo e Vigilanza dell'INAIL**.....

conferito con ...**D.P.C.M. n. 1895**.....del ...**26 maggio 2022**.....

a decorrere dall' **8 luglio 2022** ..... e fino al ...**7 luglio 2026**.....

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dal comma 5 del succitato art. 20, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decaduta dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

che non sussistono cause di incompatibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

La sottoscritta si dichiara consapevole che la presente dichiarazione, per espresso disposto normativo, ha validità annuale e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico.

La sottoscritta dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, relativo alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa.

**Roma, 6/7/2023**

**La Dichiariante**

**F.to    Giulia DONGIOVANNI**

---

## MODELLO DICHIARAZIONE ELENCO INCARICHI

(da allegare alla dichiarazione sulla insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità di cui all'articolo 20 del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39)

Ai fini dell'istruttoria sottesa alla verifica della sussistenza di situazioni di inconferibilità/incompatibilità ai sensi e agli effetti del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39, la sottoscritta.....**Giulia DONGIOVANNI**.....

relativamente al conferimento dell'incarico di **Componente del Consiglio di Indirizzo e Vigilanza dell'INAIL**, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, D.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

### DICHIARA

➤ di ricoprire e/o di aver ricoperto relativamente ai due anni precedenti i seguenti incarichi:

ENTE/SOGGETTO CONFERENTE	TIPOLOGIA DI CARICA O INCARICO	DATA DI NOMINA E/O CONFERIMENTO DELL'INCARICO E/O ASSUNZIONE DELLA CARICA	TERMINE DI SCADENZA E/O CESSAZIONE
DPCM	CIV INPS	NOVEMBRE 2017	FEBBRAIO 2022
Ministero Lavoro	Componente comitato prestazioni temporanee presso INPS	SETTEMBRE 2020	SETTEMBRE 2024
Confindustria	Componente a titolo gratuito assemblea Assofondipensione	Delegata Confindustria LUGLIO 2020	LUGLIO 2023

### *In alternativa*

➤ ~~di NON rivestire né di aver rivestito nei due anni precedenti altre cariche presso enti pubblici o privati e di NON svolgere né di aver svolto nei due anni precedenti altri incarichi con oneri a carico della finanza pubblica~~

➤ ~~di aver riportato le seguenti condanne, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro II del Codice Penale<sup>1</sup>:~~

- .....
- .....
- .....

***In alternativa***

➤ di NON aver riportato condanne per uno dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro II del Codice Penale.

*L'Amministrazione informa, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, relativo alla protezione dei dati personali, che i dati conferiti con la presente dichiarazione sostitutiva saranno utilizzati in relazione allo sviluppo del procedimento amministrativo per cui essi sono specificati, nonché per gli adempimenti amministrativi ad essi conseguenti, ivi inclusa la pubblicazione dell'atto sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.*

*L'Amministrazione si riserva la facoltà di verificare la veridicità delle informazioni contenute nella presente dichiarazione.*

Si allega copia di un documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore.

**Data, 06/07/2023**

**Firma della dichiarante**

**F.to Giulia DONGIOVANNI**

**Osservazioni e/o rilievi dell'organo conferente l'incarico**

Data, .....

Firma.....

<sup>1</sup> Specificare nel relativo elenco i reati per i quali è stata pronunciata la condanna

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'  
SULLA INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA'  
ai sensi del D.lgs. n. 39 dell'8 aprile 2013**

Il sottoscritto .....**Giovanni LUCIANO**

nato a      **XXXXXXXXXX** il **XXXXXXXXXX**

C.F.:    **XXXXXXXXXXX**

in relazione all'incarico di **componente del Consiglio di Indirizzo e vigilanza dell'INAIL**.....

conferito con ...**D.P.C.M. n. 1895**.....del ...**26 maggio 2022**.....

a decorrere dall' **8 luglio 2022** ..... e fino al ...**7 luglio 2026**.....

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dal comma 5 del succitato art. 20, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decaduta dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

che non sussistono cause di incompatibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

Il sottoscritto si dichiara consapevole che la presente dichiarazione, per espresso disposto normativo, ha validità annuale e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico.

Il sottoscritto dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, relativo alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa.

**Roma, 06/07/2023**

**Il Dichiarante**

**F.to      Giovanni LUCIANO**

---

## MODELLO DICHIARAZIONE ELENCO INCARICHI

(da allegare alla dichiarazione sulla insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità di cui all'articolo 20 del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39)

Ai fini dell'istruttoria sottesa alla verifica della sussistenza di situazioni di inconferibilità/incompatibilità ai sensi e agli effetti del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39, il sottoscritto.....**Giovanni LUCIANO**.....

relativamente al conferimento dell'incarico di **Componente del Consiglio di Indirizzo e Vigilanza dell'INAIL**, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, D.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

### DICHIARA

➤ di ricoprire e/o di aver ricoperto relativamente ai due anni precedenti i seguenti incarichi:

ENTE/SOGGETTO CONFERENTE	TIPOLOGIA DI CARICA O INCARICO	DATA DI NOMINA E/O CONFERIMENTO DELL'INCARICO E/O ASSUNZIONE DELLA CARICA	TERMINE DI SCADENZA E/O CESSAZIONE
INAIL	Presidente CIV INAIL	20.12.2017	02.02.2022

#### *In alternativa*

- ~~di NON rivestire né di aver rivestito nei due anni precedenti altre cariche presso enti pubblici o privati e di NON svolgere né di aver svolto nei due anni precedenti altri incarichi con oneri a carico della finanza pubblica~~
- ~~di aver riportato le seguenti condanne, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro II del Codice Penale<sup>1</sup>:~~
- .....
- .....

<sup>1</sup> Specificare nel relativo elenco i reati per i quali è stata pronunciata la condanna

.....

**In alternativa**

- di NON aver riportato condanne per uno dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro II del Codice Penale.

*L'Amministrazione informa, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, relativo alla protezione dei dati personali, che i dati conferiti con la presente dichiarazione sostitutiva saranno utilizzati in relazione allo sviluppo del procedimento amministrativo per cui essi sono specificati, nonché per gli adempimenti amministrativi ad essi conseguenti, ivi inclusa la pubblicazione dell'atto sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.*

*L'Amministrazione si riserva la facoltà di verificare la veridicità delle informazioni contenute nella presente dichiarazione.*

Si allega copia di un documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore.

**Data, 06/07/2023**

**Firma del dichiarante**

**F.to Giovanni LUCIANO**

**Osservazioni e/o rilievi dell'organo conferente l'incarico**

Data, .....

Firma.....

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'  
SULLA INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA'  
ai sensi del D.lgs. n. 39 dell'8 aprile 2013**

La sottoscritta ..... **Giorgia MARCHIORO**

nata a      **XXXX il XXXXXX**

C.F.:    **XXXXXXXXXX**

in relazione all'incarico di **componente del Consiglio di Indirizzo e Vigilanza dell'INAIL**.....

conferito con ...**D.P.C.M. n. 1895**.....del ...**26 maggio 2022**.....

a decorrere dall' **8 luglio 2022** ..... e fino al ...**7 luglio 2026**.....

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dal comma 5 del succitato art. 20, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decaduta dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

che non sussistono cause di incompatibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

La sottoscritta si dichiara consapevole che la presente dichiarazione, per espresso disposto normativo, ha validità annuale e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico.

La sottoscritta dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, relativo alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa.

**Luogo e data**

Padova, 23/06/2023

**La Dichiariante**

F.to    Giorgia Marchioro

## MODELLO DICHIARAZIONE ELENCO INCARICHI

(da allegare alla dichiarazione sulla insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità di cui all'articolo 20 del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39)

Ai fini dell'istruttoria sottesa alla verifica della sussistenza di situazioni di inconferibilità/incompatibilità ai sensi e agli effetti del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39, la sottoscritta.....**Giorgia MARCHIORO**.....

relativamente al conferimento dell'incarico di **Componente del Consiglio di Indirizzo e Vigilanza dell'INAIL**, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, D.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

### DICHIARA

➤ di ricoprire e/o di aver ricoperto relativamente ai due anni precedenti i seguenti incarichi:

ENTE/SOGGETTO CONFERENTE	TIPOLOGIA DI CARICA O INCARICO	DATA DI NOMINA E/O CONFERIMENTO DELL'INCARICO E/O ASSUNZIONE DELLA CARICA	TERMINE DI SCADENZA E/O CESSAZIONE
FILCAMSCGIL di Padova	Componente di Segreteria	<b>08/03/2023</b>	07/03/2027

#### *In alternativa*

- ~~di NON rivestire né di aver rivestito nei due anni precedenti altre cariche presso enti pubblici o privati e di NON svolgere né di aver svolto nei due anni precedenti altri incarichi con oneri a carico della finanza pubblica~~
- ~~di aver riportato le seguenti condanne, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro II del Codice Penale<sup>1</sup>:~~
- .....
- .....

<sup>1</sup> Specificare nel relativo elenco i reati per i quali è stata pronunciata la condanna

.....

**In alternativa**

- di NON aver riportato condanne per uno dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro II del Codice Penale.

*L'Amministrazione informa, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, relativo alla protezione dei dati personali, che i dati conferiti con la presente dichiarazione sostitutiva saranno utilizzati in relazione allo sviluppo del procedimento amministrativo per cui essi sono specificati, nonché per gli adempimenti amministrativi ad essi conseguenti, ivi inclusa la pubblicazione dell'atto sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.*

*L'Amministrazione si riserva la facoltà di verificare la veridicità delle informazioni contenute nella presente dichiarazione.*

Si allega copia di un documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore.

**Data, 23/06/2023.....**

**Firma della dichiarante**

...F.to      **Giorgia Marchioro**

**Osservazioni e/o rilievi dell'organo conferente l'incarico**

Data, .....

Firma.....

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'  
SULLA INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA'  
ai sensi del D.lgs. n. 39 dell'8 aprile 2013**

La sottoscritta ..... **Francesca FERROCCI**

nata a      **XXXXXX** il **XXXXXXX**

C.F.:    **XXXXXXXXX**

in relazione all'incarico di **componente del Consiglio di Indirizzo e vigilanza dell'INAIL**.....

conferito con ...**D.P.C.M. n. 1895**.....del ...**26 maggio 2022**.....

a decorrere dall' **8 luglio 2022** ..... e fino al ...**7 luglio 2026**.....

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dal comma 5 del succitato art. 20, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decaduta dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

che non sussistono cause di incompatibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

La sottoscritta si dichiara consapevole che la presente dichiarazione, per espresso disposto normativo, ha validità annuale e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico.

La sottoscritta dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, relativo alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa.

**Luogo e data** 23/06/2023

**La Dichiariante**

F.to Francesca Ferroci

## MODELLO DICHIARAZIONE ELENCO INCARICHI

(da allegare alla dichiarazione sulla insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità di cui all'articolo 20 del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39)

Ai fini dell'istruttoria sottesa alla verifica della sussistenza di situazioni di inconferibilità/incompatibilità ai sensi e agli effetti del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39, la sottoscritta.....**Francesca FERROCCI**.....

relativamente al conferimento dell'incarico di **Componente del Consiglio di Indirizzo e Vigilanza dell'INAIL**, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, D.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

### DICHIARA

➤ di ricoprire e/o di aver ricoperto relativamente ai due anni precedenti i seguenti incarichi:

ENTE/SOGGETTO CONFERENTE	TIPOLOGIA DI CARICA O INCARICO	DATA DI NOMINA E/O CONFERIMENTO DELL'INCARICO E/O ASSUNZIONE DELLA CARICA	TERMINE DI SCADENZA E/O CESSAZIONE
ACCREDIA	CIG	DA GIUGNO 2018	IN CORSO
VVF	Osservatorio Decreto controlli	NOVEMBRE 2020	IN CORSO

#### *In alternativa*

- di NON rivestire né di aver rivestito nei due anni precedenti altre cariche presso enti pubblici o privati e di NON svolgere né di aver svolto nei due anni precedenti altri incarichi con oneri a carico della finanza pubblica
- di aver riportato le seguenti condanne, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro II del Codice Penale<sup>1</sup>:
- .....
- .....

<sup>1</sup> Specificare nel relativo elenco i reati per i quali è stata pronunciata la condanna

.....

**In alternativa**

- di NON aver riportato condanne per uno dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro II del Codice Penale.

*L'Amministrazione informa, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, relativo alla protezione dei dati personali, che i dati conferiti con la presente dichiarazione sostitutiva saranno utilizzati in relazione allo sviluppo del procedimento amministrativo per cui essi sono specificati, nonché per gli adempimenti amministrativi ad essi conseguenti, ivi inclusa la pubblicazione dell'atto sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.*

*L'Amministrazione si riserva la facoltà di verificare la veridicità delle informazioni contenute nella presente dichiarazione.*

Si allega copia di un documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore.

**Data, 23/06/2023**

**Firma della dichiarante**

**F.to Francesc Ferroci**

**Osservazioni e/o rilievi dell'organo conferente l'incarico**

Data, .....

Firma.....

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'  
SULLA INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA'  
ai sensi del D.lgs. n. 39 dell'8 aprile 2013**

Il sottoscritto .....**Fabio PONTRANDOLFI**

nato a      **XXXXXX** il **XXXXXX**

C.F.:    **XXXXXXXXX**.

in relazione all'incarico di **Vice Presidente del Consiglio di Indirizzo e Vigilanza  
dell'INAIL**.....

conferito con ...**D.P.C.M. n. 1895**.....del ...**26 maggio 2022**.....

a decorrere dall' **8 luglio 2022** ..... e fino al ...**7 luglio 2026**.....

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dal comma 5 del succitato art. 20, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decaduta dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

che non sussistono cause di incompatibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

Il sottoscritto si dichiara consapevole che la presente dichiarazione, per espresso disposto normativo, ha validità annuale e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico.

Il sottoscritto dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, relativo alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa.

**Roma, 07/07/2023** \_\_\_\_\_

**Il Dichiarante**  
**F.to      Fabio PONTRANDOLFI**

## MODELLO DICHIARAZIONE ELENCO INCARICHI

(da allegare alla dichiarazione sulla insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità di cui all'articolo 20 del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39)

Ai fini dell'istruttoria sottesa alla verifica della sussistenza di situazioni di inconferibilità/incompatibilità ai sensi e agli effetti del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39, il sottoscritto.....**Fabio PONTRANDOLFI**.....

relativamente al conferimento dell'incarico di **Vice Presidente del Consiglio di Indirizzo e Vigilanza dell'INAIL**, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, D.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

### DICHIARA

➤ di ricoprire e/o di aver ricoperto relativamente ai due anni precedenti i seguenti incarichi:

ENTE/SOGGETTO CONFERENTE	TIPOLOGIA DI CARICA O INCARICO	DATA DI NOMINA E/O CONFERIMENTO DELL'INCARICO E/O ASSUNZIONE DELLA CARICA	TERMINE DI SCADENZA E/O CESSAZIONE
INPS	Consigliere	21/12/2017	03/02/2023
Ministero Lavoro	Componente Commissione Consultiva Permanente	04/12/2021	04/12/2026

### *In alternativa*

- ~~di NON rivestire né di aver rivestito nei due anni precedenti altre cariche presso enti pubblici o privati e di NON svolgere né di aver svolto nei due anni precedenti altri incarichi con oneri a carico della finanza pubblica~~
- ~~di aver riportato le seguenti condanne, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro II del Codice Penale<sup>1</sup>:~~

<sup>1</sup> Specificare nel relativo elenco i reati per i quali è stata pronunciata la condanna

- .....  
- .....  
- .....

***In alternativa***

- di NON aver riportato condanne per uno dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro II del Codice Penale.

*L'Amministrazione informa, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, relativo alla protezione dei dati personali, che i dati conferiti con la presente dichiarazione sostitutiva saranno utilizzati in relazione allo sviluppo del procedimento amministrativo per cui essi sono specificati, nonché per gli adempimenti amministrativi ad essi conseguenti, ivi inclusa la pubblicazione dell'atto sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.*

*L'Amministrazione si riserva la facoltà di verificare la veridicità delle informazioni contenute nella presente dichiarazione.*

Si allega copia di un documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore.

**Data, 07/07/2023B**

**Firma del dichiarante**

**F.to Fabio PONTRANDOLFI**

**Osservazioni e/o rilievi dell'organo conferente l'incarico**

Data, .....

Firma.....

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'  
SULLA INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA'  
ai sensi del D.lgs. n. 39 dell'8 aprile 2013**

Il sottoscritto .....**Emidio DEANDRI**

nato a      **XXXXXX** il XXXXXXXXXXXX

C.F.:    **XXXXXXXXXXXXXXXXXX**

in relazione all'incarico di **componente del Consiglio di Indirizzo e Vigilanza dell'INAIL**.....

conferito con ...**D.P.C.M. n. 1895**.....del ...**26 maggio 2022**.....

a decorrere dall' **8 luglio 2022** ..... e fino al ...**7 luglio 2026**.....

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dal comma 5 del succitato art. 20, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decaduta dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

che non sussistono cause di incompatibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

Il sottoscritto si dichiara consapevole che la presente dichiarazione, per espresso disposto normativo, ha validità annuale e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico.

Il sottoscritto dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, relativo alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa.

**Luogo e data**

**Taranto, 23/06/2023**

**Il Dichiarante**

F.to Emidio DEANDRI

## MODELLO DICHIARAZIONE ELENCO INCARICHI

(da allegare alla dichiarazione sulla insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità di cui all'articolo 20 del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39)

Ai fini dell'istruttoria sottesa alla verifica della sussistenza di situazioni di inconferibilità/incompatibilità ai sensi e agli effetti del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39, il sottoscritto.....**Emidio DEANDRI**.....

relativamente al conferimento dell'incarico di **Componente del Consiglio di Indirizzo e Vigilanza dell'INAIL**, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, D.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

### DICHIARA

➤ di ricoprire e/o di aver ricoperto relativamente ai due anni precedenti i seguenti incarichi:

ENTE/SOGGETTO CONFERENTE	TIPOLOGIA DI CARICA O INCARICO	DATA DI NOMINA E/O CONFERIMENTO DELL'INCARICO E/O ASSUNZIONE DELLA CARICA	TERMINE DI SCADENZA E/O CESSAZIONE
<b>ANMIL APS ETS</b>	<b>Vice Presidente Nazionale</b>	<b>27/11/2020</b>	<b>25/10/2025</b>

#### *In alternativa*

- di NON rivestire né di aver rivestito nei due anni precedenti altre cariche presso enti pubblici o privati e di NON svolgere né di aver svolto nei due anni precedenti altri incarichi con oneri a carico della finanza pubblica
- di aver riportato le seguenti condanne, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro II del Codice Penale<sup>1</sup>:
- .....
- .....

<sup>1</sup> Specificare nel relativo elenco i reati per i quali è stata pronunciata la condanna

.....

**In alternativa**

- di NON aver riportato condanne per uno dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro II del Codice Penale.

*L'Amministrazione informa, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, relativo alla protezione dei dati personali, che i dati conferiti con la presente dichiarazione sostitutiva saranno utilizzati in relazione allo sviluppo del procedimento amministrativo per cui essi sono specificati, nonché per gli adempimenti amministrativi ad essi conseguenti, ivi inclusa la pubblicazione dell'atto sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.*

*L'Amministrazione si riserva la facoltà di verificare la veridicità delle informazioni contenute nella presente dichiarazione.*

Si allega copia di un documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore.

**Data, 23 giugno 2023.**

**Firma del dichiarante**

**F.to Emidio DEANDRI**

**Osservazioni e/o rilievi dell'organo conferente l'incarico**

Data, .....

Firma.....

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'  
SULLA INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA'  
ai sensi del D.lgs. n. 39 dell'8 aprile 2013**

La sottoscritta ..... **Cinzia FRASCHERI**

nata a XXXXX il XXXXX

C.F.: **XXXXXXXXXXXX**

in relazione all'incarico di **componente del Consiglio di Indirizzo e Vigilanza dell'INAIL**.....

conferito con ...**D.P.C.M. n. 1895**.....del ...**26 maggio 2022**.....

a decorrere dall' **8 luglio 2022** ..... e fino al ...**7 luglio 2026**.....

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dal comma 5 del succitato art. 20, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decaduta dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del D..P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

che non sussistono cause di incompatibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

La sottoscritta si dichiara consapevole che la presente dichiarazione, per espresso disposto normativo, ha validità annuale e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico.

La sottoscritta dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, relativo alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa.

**Luogo e data** Firenze, 25 giugno 2023\_

**La Dichiarante**

F.to Cinzia Frascheri\_

## MODELLO DICHIARAZIONE ELENCO INCARICHI

(da allegare alla dichiarazione sulla insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità di cui all'articolo 20 del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39)

Ai fini dell'istruttoria sottesa alla verifica della sussistenza di situazioni di inconferibilità/incompatibilità ai sensi e agli effetti del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39, la sottoscritta.....**Cinzia FRASCHERI**.....

relativamente al conferimento dell'incarico di **Componente del Consiglio di Indirizzo e Vigilanza dell'INAIL**, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, D.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

### DICHIARA

➤ di ricoprire e/o di aver ricoperto relativamente ai due anni precedenti i seguenti incarichi:

ENTE/SOGGETTO CONFERENTE	TIPOLOGIA DI CARICA O INCARICO	DATA DI NOMINA E/O CONFERIMENTO DELL'INCARICO E/O ASSUNZIONE DELLA CARICA	TERMINE DI SCADENZA E/O CESSAZIONE
Ministero del Lavoro e delle politiche sociali	Componente ufficiale Commissione consultiva Permanente (ex art.6 D.Lgs.81/2008 s.m.)	<b>D.M.8 febbraio 2022,n.19</b>	
Ministero del Lavoro e delle politiche sociali	Componente ufficiale “Gruppi di lavoro OIRA”	<b>D.D. 6 febbraio 2023, n. 8</b>	

### *In alternativa*

➤ ~~di NON rivestire né di aver rivestito nei due anni precedenti altre cariche presso enti pubblici o privati e di NON svolgere né di aver svolto nei due anni precedenti altri incarichi con oneri a carico della finanza pubblica~~

- di aver riportato le seguenti condanne, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro II del Codice Penale<sup>1</sup>:
- .....
  - .....
  - .....

***In alternativa***

- di NON aver riportato condanne per uno dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro II del Codice Penale.

*L'Amministrazione informa, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, relativo alla protezione dei dati personali, che i dati conferiti con la presente dichiarazione sostitutiva saranno utilizzati in relazione allo sviluppo del procedimento amministrativo per cui essi sono specificati, nonché per gli adempimenti amministrativi ad essi conseguenti, ivi inclusa la pubblicazione dell'atto sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.*

*L'Amministrazione si riserva la facoltà di verificare la veridicità delle informazioni contenute nella presente dichiarazione.*

Si allega copia di un documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore.

**Data, Firenze, 25 giugno 2023.**

**Firma della dichiarante**

**F.to Cinzia Frascheri....**

**Osservazioni e/o rilievi dell'organo conferente l'incarico**

Data, .....

Firma.....

<sup>1</sup> Specificare nel relativo elenco i reati per i quali è stata pronunciata la condanna

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'  
SULLA INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA'  
ai sensi del D.lgs. n. 39 dell'8 aprile 2013**

La sottoscritta ..... **Barbara ORLANDI**

nata XXXXX il ...XXXXXX

C.F.: **XXXXXXXXX**

in relazione all'incarico di **componente del Consiglio di Indirizzo e Vigilanza dell'INAIL**.....

conferito con ...**D.P.C.M. n. 1895**.....del ...**26 maggio 2022**.....

a decorrere dall' **8 luglio 2022** ..... e fino al ...**7 luglio 2026**.....

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dal comma 5 del succitato art. 20, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decaduta dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

che non sussistono cause di incompatibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

La sottoscritta si dichiara consapevole che la presente dichiarazione, per espresso disposto normativo, ha validità annuale e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico.

La sottoscritta dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, relativo alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa.

Roma, 6 luglio 2023

**La Dichiaraente**

**F. to Barbara ORLANDI**

---

## MODELLO DICHIARAZIONE ELENCO INCARICHI

(da allegare alla dichiarazione sulla insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità di cui all'articolo 20 del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39)

Ai fini dell'istruttoria sottesa alla verifica della sussistenza di situazioni di inconferibilità/incompatibilità ai sensi e agli effetti del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39, la sottoscritta.....**Barbara ORLANDI**.....

relativamente al conferimento dell'incarico di **Componente del Consiglio di Indirizzo e Vigilanza dell'INAIL**, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, D.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

### DICHIARA

➤ di ricoprire e/o di aver ricoperto relativamente ai due anni precedenti i seguenti incarichi:

ENTE/SOGGETTO CONFERENTE	TIPOLOGIA DI CARICA O INCARICO	DATA DI NOMINA E/O CONFERIMENTO DELL'INCARICO E/O ASSUNZIONE DELLA CARICA	TERMINE DI SCADENZA E/O CESSAZIONE
INAIL	Consigliera CIV INAIL	20 dicembre 2017	2 febbraio 2022

#### *In alternativa*

➤ ~~di NON rivestire né di aver rivestito nei due anni precedenti altre cariche presso enti pubblici o privati e di NON svolgere né di aver svolto nei due anni precedenti altri incarichi con oneri a carico della finanza pubblica~~

➤ ~~di aver riportato le seguenti condanne, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro II del Codice Penale<sup>1</sup>:~~

- .....
- .....

<sup>1</sup> Specificare nel relativo elenco i reati per i quali è stata pronunciata la condanna

.....

**In alternativa**

- di NON aver riportato condanne per uno dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro II del Codice Penale.

*L'Amministrazione informa, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, relativo alla protezione dei dati personali, che i dati conferiti con la presente dichiarazione sostitutiva saranno utilizzati in relazione allo sviluppo del procedimento amministrativo per cui essi sono specificati, nonché per gli adempimenti amministrativi ad essi conseguenti, ivi inclusa la pubblicazione dell'atto sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.*

*L'Amministrazione si riserva la facoltà di verificare la veridicità delle informazioni contenute nella presente dichiarazione.*

Si allega copia di un documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore.

**Data, 6 luglio 2023.....**

**Firma della dichiarante**

**F.to Barbara ORLANDI**

.....

**Osservazioni e/o rilievi dell'organo conferente l'incarico**

Data, .....

Firma.....

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'  
SULLA INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA'  
ai sensi del D.lgs. n. 39 dell'8 aprile 2013**

La sottoscritta ..... **Barbara GATTO**

nata a      **XXXXXXXXXX** il **XXXXXXXXXX**

C.F.:    **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**

in relazione all'incarico di **componente del Consiglio di Indirizzo e Vigilanza dell'INAIL**.....

conferito con ...**D.P.C.M. n. 1895**.....del ...**26 maggio 2022**.....

a decorrere dall' **8 luglio 2022** ..... e fino al ...**7 luglio 2026**.....

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dal comma 5 del succitato art. 20, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decaduta dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

che non sussistono cause di incompatibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

La sottoscritta si dichiara consapevole che la presente dichiarazione, per espresso disposto normativo, ha validità annuale e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico.

La sottoscritta dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, relativo alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa.

Roma, 17/07/2023

**La Dichiaraente**

**F.to**

**Barbara GATTO**

## MODELLO DICHIARAZIONE ELENCO INCARICHI

(da allegare alla dichiarazione sulla insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità di cui all'articolo 20 del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39)

Ai fini dell'istruttoria sottesa alla verifica della sussistenza di situazioni di inconferibilità/incompatibilità ai sensi e agli effetti del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39, la sottoscritta.....**Barbara GATTO**.....

relativamente al conferimento dell'incarico di **Componente del Consiglio di Indirizzo e Vigilanza dell'INAIL**, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, D.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

### DICHIARA

➤ di ricoprire e/o di aver ricoperto relativamente ai due anni precedenti i seguenti incarichi:

ENTE/SOGGETTO CONFERENTE	TIPOLOGIA DI CARICA O INCARICO	DATA DI NOMINA E/O CONFERIMENTO DELL'INCARICO E/O ASSUNZIONE DELLA CARICA	TERMINE DI SCADENZA E/O CESSAZIONE
CONAI	CdA	2023	2026
Accredia	CIG	2021	2024
Albo Gestori Ambientali	Comitato Nazionale	2018	2023

#### *In alternativa*

- ~~di NON rivestire né di aver rivestito nei due anni precedenti altre cariche presso enti pubblici o privati e di NON svolgere né di aver svolto nei due anni precedenti altri incarichi con oneri a carico della finanza pubblica~~
- ~~di aver riportato le seguenti condanne, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro II del Codice Penale<sup>1</sup>:~~
- .....
- .....

<sup>1</sup> Specificare nel relativo elenco i reati per i quali è stata pronunciata la condanna

.....

**In alternativa**

- di NON aver riportato condanne per uno dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro II del Codice Penale.

*L'Amministrazione informa, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, relativo alla protezione dei dati personali, che i dati conferiti con la presente dichiarazione sostitutiva saranno utilizzati in relazione allo sviluppo del procedimento amministrativo per cui essi sono specificati, nonché per gli adempimenti amministrativi ad essi conseguenti, ivi inclusa la pubblicazione dell'atto sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.*

*L'Amministrazione si riserva la facoltà di verificare la veridicità delle informazioni contenute nella presente dichiarazione.*

Si allega copia di un documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore.

**Data, 17 luglio 2023**

**Firma della dichiarante**

**F.to      Barbara GATTO**

.....

**Osservazioni e/o rilievi dell'organo conferente l'incarico**

Data, .....

Firma.....

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'  
SULLA INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA'  
ai sensi del D.lgs. n. 39 dell'8 aprile 2013**

Il sottoscritto **Angelo Emilio COLOMBINI**

nato a **XXXXXXX** il **XXXXXXXX**

C.F.: **XXXXXXXXXXXXXX**

in relazione all'incarico di **componente del Consiglio di Indirizzo e Vigilanza dell'INAIL**

conferito con **D.P.C.M. n. 1895** del **26 maggio 2022**

a decorrere dall' **8 luglio 2022** e fino al **7 luglio 2026**

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dal comma 5 del succitato art. 20, nonché delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decaduta dai benefici conseguenti al provvedimento emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

che non sussistono cause di incompatibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

Il sottoscritto si dichiara consapevole che la presente dichiarazione, per espresso disposto normativo, ha validità annuale e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico.

Il sottoscritto dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, relativo alla protezione dei dati personali raccolti e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa.

**Luogo e data**

Roma, 23 giugno 2023

**Il Dichiarante**



## MODELLO DICHIARAZIONE ELENCO INCARICHI

(da allegare alla dichiarazione sulla insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità di cui all'articolo 20 del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39)

Ai fini dell'istruttoria sottesa alla verifica della sussistenza di situazioni di inconferibilità/incompatibilità ai sensi e agli effetti del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39, il/la sottoscritto **Angelo Emilio COLOMBINI**

relativamente al conferimento dell'incarico di **Componente del Consiglio di Indirizzo e Vigilanza dell'INAIL**, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, D.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

### DICHIARA

➤ di ricoprire e/o di aver ricoperto relativamente ai due anni precedenti i seguenti incarichi:

ENTE/SOGGETTO CONFERENTE	TIPOLOGIA DI CARICA O INCARICO	DATA DI NOMINA E/O CONFERIMENTO DELL'INCARICO E/O ASSUNZIONE DELLA CARICA	TERMINE DI SCADENZA E/O CESSAZIONE
<b>CISL Nazionale</b>	<b>Segretario Confederale</b>	<b>1 luglio 2017</b>	<b>5 gennaio 2023</b>
<b>EBNA(Ente Bilaterale Nazionale Artigianato)</b>	<b>Vice Presidente</b>	<b>20 giugno 2023</b>	<b>20 giugno 2026</b>
<b>FSBA (Fondo di solidarietà dell'Artigianato)</b>	<b>Vice Presidente</b>	<b>20 giugno 2023</b>	<b>20 giugno 2026</b>

#### *In alternativa*

➤ di NON rivestire né di aver rivestito nei due anni precedenti altre cariche ~~presso enti pubblici o privati e di NON svolgere né di aver svolto~~ nei due anni precedenti altri incarichi con oneri ~~a carico della finanza pubblica~~

- di aver riportato le seguenti condanne, anche con sentenza non passata in giudicato, ~~per~~ uno dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro II del Codice Penale<sup>1</sup>:
- .....
- .....
- .....

***In alternativa***

- di NON aver riportato condanne per uno dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro II del Codice Penale.

*L'Amministrazione informa, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, relativo alla protezione dei dati personali, che i dati conferiti con la presente dichiarazione sostitutiva saranno utilizzati in relazione allo sviluppo del procedimento amministrativo per cui essi sono specificati, nonché per gli adempimenti amministrativi ad essi conseguenti, ivi inclusa la pubblicazione dell'atto sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.*

*L'Amministrazione si riserva la facoltà di verificare la veridicità delle informazioni contenute nella presente dichiarazione.*

Si allega copia di un documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore.

**Data, 23 giugno 2023**

**Firma del dichiarante**



**Osservazioni e/o rilievi dell'organo conferente l'incarico**

Data, .....

Firma.....

<sup>1</sup> Specificare nel relativo elenco i reati per i quali è stata pronunciata la condanna