

Allegato B

DICHIARAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA'
di cui al decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39
(Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii.)

Il sottoscritto RICCI NICOLA ANTONIO, nato a xxxxxxxxxxxxxxxx il xxxxxxxxxxxxxxxx,
ai fini del conferimento dell'incarico di componente del *Comitato regionale INPS per la Campania*, consapevole
delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del d.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità
negli atti, nonché delle sanzioni previste dagli artt. 19 e 20 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, di essere in possesso dei prescritti requisiti di onorabilità di non ricadere, ai sensi e
per gli effetti dell'articolo 20, comma 1, del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39, in alcuna delle cause di
inconferibilità di incarichi indicate dal medesimo D.Lgs. n. 39/2013.

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente
dichiarazione.

Il/La sottoscritto/a dichiara, inoltre, di essere consapevole che la presente dichiarazione sarà oggetto di
pubblicazione sul sito istituzionale del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, ai sensi dell'articolo 20, comma
3, del decreto legislativo n. 39 del 2013.

Si allega copia fotostatica sottoscritta del documento di identità in corso di validità.

Napoli 21.11.2016

f.to Nicola Antonio Ricci
(Firma del 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 RICCI NICOLA ANTONIO, relativamente al conferimento dell'incarico di componente del *Comitato regionale INPS per la Campania*, 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 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 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 d.lgs. n. 196 del 2003, 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.

Napoli 21.11.2016

Firma del dichiarante

f.to Nicola Antonio Ricci

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

Data,

Firma.....

Allegato B

DICHIARAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA'
di cui al decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39
(Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii.)

Il sottoscritto/a LANZETTA ANTONIO, nato a xx
il xxxxxxxxxxxxxxxxxx, ai fini del conferimento dell'incarico di componente del *Comitato regionale INPS per la CAMPANIA*, consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del d.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, nonché delle sanzioni previste dagli artt. 19 e 20 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, di essere in possesso dei prescritti requisiti di onorabilità di non ricadere, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 20, comma 1, del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39, in alcuna delle cause di inconferibilità di incarichi indicate dal medesimo D.Lgs. n. 39/2013.

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione.

Il/La sottoscritto/a dichiara, inoltre, di essere consapevole che la presente dichiarazione sarà oggetto di pubblicazione sul sito istituzionale del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, ai sensi dell'articolo 20, comma 3, del decreto legislativo n. 39 del 2013.

Si allega copia fotostatica sottoscritta del documento di identità in corso di validità.

Sarno 30/11/2016

f.to Antonio Lanzetta
(Firma del 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/a LANZETTA ANTONIO....., relativamente al conferimento dell'incarico di componente del *Comitato regionale INPS per la Campania*, 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	COMPONENTE COMITATO	15/12/2015	11/01/2020
DIREZIONE TERRITORIALE SALERNO	PROVINCIALE INPS SALERNO		

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 Penale¹:

-
-
-

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 d.lgs. n. 196 del 2003, 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, 30/11/2016....

Firma del dichiarante

f.to Antonio Lanzetta

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

Data,

Firma.....

¹ Specificare nel relativo elenco i reati per i quali è stata pronunciata la condanna

Allegato B

DICHIARAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA'
di cui al decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39
(Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii.)

Il/La sottoscritto/a CARLO COLARUSSO, nato a xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
il xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, ai fini del conferimento dell'incarico di componente del *Comitato regionale INPS per la CAMPANIA*, consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del d.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, nonché delle sanzioni previste dagli artt. 19 e 20 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, di essere in possesso dei prescritti requisiti di onorabilità di non ricadere, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 20, comma 1, del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39, in alcuna delle cause di inconferibilità di incarichi indicate dal medesimo D.Lgs. n. 39/2013.

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione.

Il/La sottoscritto/a dichiara, inoltre, di essere consapevole che la presente dichiarazione sarà oggetto di pubblicazione sul sito istituzionale del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, ai sensi dell'articolo 20, comma 3, del decreto legislativo n. 39 del 2013.

Si allega copia fotostatica sottoscritta del documento di identità in corso di validità.

Napoli, 15/12/2016

f.to Carlo Colarusso
(Firma del 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/a CARLO COLARUSSO....., relativamente al conferimento dell'incarico di componente del *Comitato regionale INPS per la Campania*, 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	PRESIDENTE	08 ottobre 2013	12/09/2016
LAVORO	COMITATO REG. INPS CAMPANIA		

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 Penale²:

-
-
-

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 d.lgs. n. 196 del 2003, 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, 15/12/2016

Firma del dichiarante

f.to Carlo Colarusso

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

Data,

Firma.....

² Specificare nel relativo elenco i reati per i quali è stata pronunciata la condanna

Allegato B

DICHIARAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA'
di cui al decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39
(Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii.)

Il sottoscritto/a PASQUALE CIMMINO, nato a xx
il xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, ai fini del conferimento dell'incarico di componente del *Comitato regionale INPS per la CAMPANIA*, consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del d.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, nonché delle sanzioni previste dagli artt. 19 e 20 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, di essere in possesso dei prescritti requisiti di onorabilità di non ricadere, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 20, comma 1, del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39, in alcuna delle cause di inconferibilità di incarichi indicate dal medesimo D.Lgs. n. 39/2013.

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione.

Il/La sottoscritto/a dichiara, inoltre, di essere consapevole che la presente dichiarazione sarà oggetto di pubblicazione sul sito istituzionale del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, ai sensi dell'articolo 20, comma 3, del decreto legislativo n. 39 del 2013.

Si allega copia fotostatica sottoscritta del documento di identità in corso di validità.

NAPOLI, 14/12/2016

f.to Pasquale Cimmino
(Firma del 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/a PASQUALE CIMMINO....., relativamente al conferimento dell'incarico di componente del *Comitato regionale INPS per la Campania*, 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 Penale³:

-
-
-

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 d.lgs. n. 196 del 2003, 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, 14/12/2016....

Firma del dichiarante

f.to Pasquale Cimmino

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

Data,

Firma.....

³ Specificare nel relativo elenco i reati per i quali è stata pronunciata la condanna

Allegato B

DICHIARAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA'
di cui al decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39
(Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii.)

Il sottoscritto/a PETTRONE PIETRO, nato a xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx il xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, ai fini del conferimento dell'incarico di componente del *Comitato regionale INPS per la Campania*, consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del d.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, nonché delle sanzioni previste dagli artt. 19 e 20 del d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, di non ricadere, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 20, comma 1, del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39, in alcuna delle cause di inconferibilità di incarichi indicate dal medesimo D.Lgs. n. 39/2013.

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione.

Il/La sottoscritto/a dichiara, inoltre, di essere consapevole che la presente dichiarazione sarà oggetto di pubblicazione sul sito istituzionale del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, ai sensi dell'articolo 20, comma 3, del D.Lgs. n. 39 del 2013.

Si allega copia fotostatica sottoscritta del documento di identità in corso di validità.

NAPOLI, 2/3/2017

f.to Pietro Pettrone

(Firma del 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 4 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/a PETTRONE PIETRO n. a....xxxxxxxxxxxxx il xxxxxxxxxxxxxxxx....., relativamente al conferimento dell'incarico di componente del *Comitato regionale INPS per la Campania*, 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
CST UIL CASERTA	SEGRETARIO	13/1/2001	

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 Penale⁴:

-
-
-

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 d.lgs. n. 196 del 2003, 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, 2/3/2017....

Firma del dichiarante

f.to Pietro Pettrone

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

Data,

Firma.....

⁴ Specificare nel relativo elenco i reati per i quali è stata pronunciata la condanna

Allegato B

DICHIARAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA'
di cui al decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39
(Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii.)

Il/La sottoscritto de Miranda Gianfrancesco, nato a xxxxxxxxxxxxxxxx il xxxxxxxxxxxxxxxx
ai fini del conferimento dell'incarico di componente del *Comitato regionale INPS per la CAMPANIA*, consapevole
delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del d.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità
negli atti, nonché delle sanzioni previste dagli artt. 19 e 20 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, di essere in possesso dei prescritti requisiti di onorabilità di non ricadere, ai sensi e
per gli effetti dell'articolo 20, comma 1, del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39, in alcuna delle cause di
inconferibilità di incarichi indicate dal medesimo D.Lgs. n. 39/2013.

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente
dichiarazione.

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di essere consapevole che la presente dichiarazione sarà oggetto di pubblicazione
sul sito istituzionale del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, ai sensi dell'articolo 20, comma 3, del decreto
legislativo n. 39 del 2013.

Si allega copia fotostatica sottoscritta del documento di identità in corso di validità.

ROMA 30/12/2016

f.to Gianfrancesco de Miranda
(Firma del 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 Gianfrancesco de Miranda nato a xxxxx il xxxxxx, relativamente al conferimento dell'incarico di componente del *Comitato regionale INPS per la Campania*, 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
URL/UGL	Componente Commissione Lavoro Campania	ANNO 2008	ANNO 2016
UTL/UGL	Segreteria UTL	ANNO 2010	ANNO 2016
UGL/TPL	Coordinatore ANM	ANNO 2000	ANNO 2016
UGL-UTL	Componente Comitato Provinciale Napoli Inps	ANNO 2012	ANNO 2016
UGL/URL	Componente Comitato Regionale Campania Inps	ANNO 2012	ANNO 2016
UGL/URL	Componente Regionale Sicurezza Sul lavoro (D.lgs. 81/08 e s.m.i.)	ANNO 2015	ANNO (A TUTT'OGGI)

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 Penale⁵:

-
-
-

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 d.lgs. n. 196 del 2003, 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, Roma 30/12/2016....

Firma del dichiarante

f.to Gianfrancesco de Miranda

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

Data, NA 28/12/2016.....

Firmato U.G.L.
Segreteria Regionale.....

⁵ Specificare nel relativo elenco i reati per i quali è stata pronunciata la condanna

Allegato B

DICHIARAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA'
di cui al decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39
(Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii.)

Il/La sottoscritto/a SCOGNAMIGLIO ERMANNO, nato a xx
il xxxxxxxxxxxxxxxxxx, ai fini del conferimento dell'incarico di componente del *Comitato regionale INPS per la CAMPANIA*, consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del d.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, nonché delle sanzioni previste dagli artt. 19 e 20 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, di essere in possesso dei prescritti requisiti di onorabilità di non ricadere, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 20, comma 1, del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39, in alcuna delle cause di inconferibilità di incarichi indicate dal medesimo D.Lgs. n. 39/2013.

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione.

Il/La sottoscritto/a dichiara, inoltre, di essere consapevole che la presente dichiarazione sarà oggetto di pubblicazione sul sito istituzionale del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, ai sensi dell'articolo 20, comma 3, del decreto legislativo n. 39 del 2013.

Si allega copia fotostatica sottoscritta del documento di identità in corso di validità.

NAPOLI 17/02/2017

f.to Ermanno Scognamiglio
(Firma del 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 4 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/a SCOGNAMIGLIO ERMANNO....., relativamente al conferimento dell'incarico di componente del *Comitato regionale INPS per la Campania*, 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
REGIONE CAMPANIA	DIRETTORE UOC		
CIMO	SEGR. PROV.		
	VEDI	CURRICULUM	ALLEGATO

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 Penale⁶:

-nessuna.....
-
-

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 d.lgs. n. 196 del 2003, 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, 17/02/2017....

Firma del dichiarante

f.to Ermanno Scognamiglio

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

Data,

Firma.....

⁶ Specificare nel relativo elenco i reati per i quali è stata pronunciata la condanna

DICHIARAZIONE

di cui al decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39
sostitutiva dell'atto di notorietà ex art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e ss.mm.ii.)

Il sottoscritto Mario Marrocchelli nato a xxxxxxxxxxxx il xxxxxxxxxxxx ai fini del conferimento dell'incarico di componente del *Comitato regionale INPS per la Campania*, consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del d.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, nonché delle sanzioni previste dagli artt. 19 e 20 del d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, di non ricadere, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 20, comma 1, del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39, in alcuna delle cause di inconferibilità di incarichi indicate dal medesimo D.Lgs. n. 39/2013.

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione.

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di essere consapevole che la presente dichiarazione sarà oggetto di pubblicazione sul sito istituzionale del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, ai sensi dell'articolo 20, comma 3, del D.Lgs. n. 39 del 2013.

Si allega copia fotostatica sottoscritta del documento di identità in corso di validità.

Napoli, 8/2/2017

f.to Mario Marrocchelli
(Firma del 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 Dr. Mario Marrocchelli relativamente al conferimento dell'incarico di componente del *Comitato regionale INPS per la Campania*, 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
DRL	Componente Commissione CIGO	7/11/2012	31/12/2015
REGIONE CAMPANIA	Componente C.R.L.		

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 Penale⁷:

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 d.lgs. n. 196 del 2003, 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, 08.02.2017....

Firma del dichiarante

f.to Mario Marrocchelli

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

Data,

Firma.....

⁷ Specificare nel relativo elenco i reati per i quali è stata pronunciata la condanna

Allegato B

DICHIARAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA'
di cui al decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39
(Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii.)

Il sottoscritto/a LANDI VINCENZO nato a xx
il xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, ai fini del conferimento dell'incarico di componente del *Comitato regionale INPS per la CAMPANIA*, consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del d.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, nonché delle sanzioni previste dagli artt. 19 e 20 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, di essere in possesso dei prescritti requisiti di onorabilità di non ricadere, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 20, comma 1, del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39, in alcuna delle cause di inconferibilità di incarichi indicate dal medesimo D.Lgs. n. 39/2013.

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione.

Il/La sottoscritto/a dichiara, inoltre, di essere consapevole che la presente dichiarazione sarà oggetto di pubblicazione sul sito istituzionale del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, ai sensi dell'articolo 20, comma 3, del decreto legislativo n. 39 del 2013.

Si allega copia fotostatica sottoscritta del documento di identità in corso di validità.

NAPOLI, 27/12/2016

f.to Vincenzo Landi
(Firma del 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/a LANDI VINCENZO....., relativamente al conferimento dell'incarico di componente del *Comitato regionale INPS per la Campania*, 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 Penale⁸:

-
-
-

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 d.lgs. n. 196 del 2003, 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, Napoli, 27/12/2016....

Firma del dichiarante

f.to Vincenzo Landi

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

Data,

Firma.....

⁸ Specificare nel relativo elenco i reati per i quali è stata pronunciata la condanna

Allegato B

DICHIARAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA'
di cui al decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39
(Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii.)

Il sottoscritto/a SALVATORE LOFFREDA nato a xx
il xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, ai fini del conferimento dell'incarico di componente del *Comitato regionale INPS per la CAMPANIA*, consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del d.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, nonché delle sanzioni previste dagli artt. 19 e 20 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, di essere in possesso dei prescritti requisiti di onorabilità di non ricadere, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 20, comma 1, del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39, in alcuna delle cause di inconferibilità di incarichi indicate dal medesimo D.Lgs. n. 39/2013.

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione.

Il/La sottoscritto/a dichiara, inoltre, di essere consapevole che la presente dichiarazione sarà oggetto di pubblicazione sul sito istituzionale del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, ai sensi dell'articolo 20, comma 3, del decreto legislativo n. 39 del 2013.

Si allega copia fotostatica sottoscritta del documento di identità in corso di validità.

NAPOLI, 16.01.2017

f.to Salvatore Loffreda

(Firma del 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 4 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/a SALVATORE LOFFREDA....., relativamente al conferimento dell'incarico di componente del *Comitato regionale INPS per la Campania*, 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
CCIAA AVELLINO	VICE PRESIDENTE	DEC.N. 199 del 9/10/2015	IN CORSO
FIMIALA SALERNO	CONSIGLIERE	INIZIO 2011	IN CORSO
FIMIALA AV	CONSIGLIERE	INIZIO 2015	IN CORSO
FIMIALA NA	CONSIGLIERE	APRILE 2016	IN CORSO
GAL COLLINE SALERNITANE	PRESIDENTE	LUGLIO 2016	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 Penale⁹:

-
-
-

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 d.lgs. n. 196 del 2003, 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, 16.01.2017....

Firma del dichiarante

f.to Salvatore Loffreda

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

Data,

Firma.....

⁹ Specificare nel relativo elenco i reati per i quali è stata pronunciata la condanna

Allegato B

DICHIARAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA'
di cui al decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39
(Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii.)

Il sottoscritto PAOLUCCI MARIANO nato a xxxxxxxxxx il xxxxxxxxxxxxxx, ai fini del conferimento dell'incarico di componente del *Comitato regionale INPS per la C*, consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del d.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, nonché delle sanzioni previste dagli artt. 19 e 20 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, di essere in possesso dei prescritti requisiti di onorabilità di non ricadere, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 20, comma 1, del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39, in alcuna delle cause di inconferibilità di incarichi indicate dal medesimo D.Lgs. n. 39/2013.

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione.

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di essere consapevole che la presente dichiarazione sarà oggetto di pubblicazione sul sito istituzionale del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, ai sensi dell'articolo 20, comma 3, del decreto legislativo n. 39 del 2013.

Si allega copia fotostatica sottoscritta del documento di identità in corso di validità.

Napoli, 30/11/2016

f.to Mariano Paolucci
(Firma del 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 PAOLUCCI MARIANO, nato a xxxxxxxx., il xxxxxxxx relativamente al conferimento dell'incarico di componente del *Comitato regionale INPS per la Campania*, 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-DTL Napoli	Componente Commissione di Conciliazione art. 31 legge 183/2010	Decreto Direttoriale-DTL Napoli n.5 25/01/2016	In carica
Ministero del Lavoro-INPS Regione Campania	Componente comitato regionale INPS della Campania	Decreto Interministeriale 28/05/2012	In carica fino alla data della scadenza-luglio 2016
CLAAI FORM – Ente Associativo di Formazione Studio e Ricerca	Presidente del Consiglio Direttivo	11/03/1999	In carica
CLAAI CAMPANIA	Componente del Consiglio Direttivo	02/10/1997	In carica
CLAAI NAPOLI	Componente del Consiglio Direttivo	25/11/2003	In carica
Agenzia delle Entrate della Campania	Componente Osservatorio Regionale degli Studi di settore	20/12/2007 – Provvedimento n. 376/2007	In carica
EBAC –Ente Bilaterale Artigianato Campania	Componente del Comitato di Gestione	Ottobre 2015	Luglio 2016
Confidi del Mezzogiorno SCARL	Componente del collegio Sindacale	18/10/2011	Aprile 2017
Creditart Confidi Scarl	Componente del CDA e funzioni di revisore	29/04/2011	Aprile 2017

- 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 d.lgs. n. 196 del 2003, 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, 30/11/16

Firma del dichiarante

f.to Mariano Paolucci

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

Data,

Firma.....

Allegato B

DICHIARAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA'

di cui al decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39

(Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii.)

Il sottoscritto Riccio Salvatore, nato a xxxxxxxxxxxxxxxxx il xxxxxxxxxxxxxxxxx, ai fini del conferimento dell'incarico di componente del *Comitato regionale INPS per la Campania*, consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del d.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, nonché delle sanzioni previste dagli artt. 19 e 20 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 20, comma 1, del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39, di non ricadere in alcuna delle cause di inconferibilità di incarichi indicate dal medesimo decreto legislativo n. 39/2013.

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione.

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di essere consapevole che la presente dichiarazione sarà oggetto di pubblicazione sul sito istituzionale del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, ai sensi dell'articolo 20, comma 3, del decreto legislativo n. 39 del 2013.

Si allega copia fotostatica sottoscritta del documento di identità in corso di validità.

Napoli, 8 febbraio ' 17

RICCIO

SALVATORE

f.to digitalmente

(Firma del 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/ dott. Salvatore Riccio,

relativamente al conferimento dell'incarico di componente del *Comitato regionale INPS per la Campania*, 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
Camera di Commercio di Avellino	Presidente CCIAA di Avellino	Dicembre 2013	Dicembre 2016
AUO Federico II di Napoli	Presidente Collegio dei Revisori	Gennaio 2016	Gennaio 2018
Gestione fuori bilancio ex art. 11 l. n. 887	Presidente Collegio dei Revisori	Marzo 2014	Marzo 2017
Ente Riserva Regionale Foce del Volturno	Presidente Collegio dei Revisori		Marzo 2016

➤ 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 d.lgs. n. 196 del 2003, 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, 22/11/2016

Firma del dichiarante

RICCIO SALVATORE

(firmato digitalmente)

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

Data,

Firma.....