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

La sottoscritta MAESTRI PATRIZIA Nata a XXXXXXXXX il XXXXXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per l'EMILIA ROMAGNA,

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 decadenza 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 inconferibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere consapevole che il rilascio della predetta dichiarazione costituisce condizione legale di efficacia del provvedimento di conferimento dell'incarico; di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi 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; di essere consapevole che la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, deld.lgs. n. 39/2013.

Bologna, 11 maggio 2023

La Dichiarante

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 MAESTRI PATRIZIA nato a XXXXXXXXX il XXXXXXXXX

C.F. XXXXXXXXXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per l'EMILIA ROMAGNA,

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 decadenza 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/La sottoscritto/a 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/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi 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 e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero delLavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

Bologna, 11 maggio 2023

La Dichiarante

(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 MAESTRI PATRIZIA

relativamente al conferimento dell'incarico di componente del Comitato regionale INPS per l'EMILIA ROMAGNA, 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 incarichicon 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 Regolamento (UE) 2016/679, nonchè delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi 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, 11 maggio 2023

Firma del dichiarante

Osservazioni e/o rilievi dell'o	organo conferente l'incarico
Data,	Firma

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' SULLA INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI, ANCHE POTENZIALI, DI CONFLITTO DI INTERESSE

La sottoscritta MAESTRI PATRIZIA nato a XXXXXXXXX il XXXXXXXXX

C.F. XXXXXXXXXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per l'EMILIA ROMAGNA, 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 incorrere in situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interessi, ai sensi della

normativa vigente, la cui sussistenza sarà oggetto di verifica ai sensi dell'art. 53 del d.lgs. 30

marzo 2001, n. 165 e ss.mm.ii.

• di aver preso piena cognizione del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 "Regolamento recante codice

di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo

30 marzo 2001, n. 165" e delle norme in esso contenute nonché del D.M. del 10 luglio 2014

"Codice di comportamento dei dipendenti del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali".

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero

intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico e a rilasciare una dichiarazione sostitutiva

aggiornata.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE)

2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi 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

e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro

e delle Politiche Sociali.

Bologna, 11 maggio 2023

La Dichiarante

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

Il sottoscritto FRANCESCO BARIGOZZI nato a XXXXXXXXXX il XXXXXXXXX C.F. XXXXXXXXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per l'EMILIA ROMAGNA,

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 decadenza 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 inconferibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere consapevole che il rilascio della predetta dichiarazione costituisce condizione legale di efficacia del provvedimento di conferimento dell'incarico; di essere stato informato ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 circa il trattamento 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; di essere consapevole che la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3 del d.lgs. n. 39/2013.

Luogo e data Bologna, 11 / 5 / 2023 Il/La Dichiarante Francesco Barigozzi

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

Il/La sottoscritto/a FRANCESCO BARIGOZZI nato a XXXXXXXXXX il X X X X X X X X X X

C.F. XXXXXXXXXXXXXX.

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per l'EMILIA ROMAGNA,

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 decadenza 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/La sottoscritto/a 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/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 circa il trattamento 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 e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3 del d.lgs. n. 39/2013.

Luogo e data Il Dichiarante

Bologna, 11/5/2023 Francesco Barigozzi

(da allegare alla dichiarazione sulla insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità di cui all'articolo 20 del decreto legislativo 8 aprile 2013 p. 30)

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 FRANCESCO BARIGOZZI,

relativamente al conferimento dell'incarico di componente del Comitato regionale INPS per

l'EMILIA ROMAGNA, 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 incarichicon 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.

Data, 11/5/2023

Firma del dichiarante

Francesco Barigozzi

Osservazioni e/o rilievi dell'organo	o conferente l'incarico
Data,	Firma

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' SULLA INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI, ANCHE POTENZIALI, DI CONFLITTO DI INTERESSE

Il/La sottoscritto/a FRANCESCO BARIGOZZI nato a XXXXXXXXX, il XXXXXXXXX

C.F. XXXXXXXXXXXXX,

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per l'EMILIA ROMAGNA, 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 incorrere in situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interessi, ai sensi della

normativa vigente, la cui sussistenza sarà oggetto di verifica ai sensi dell'art. 53 del d.lgs. 30

marzo 2001, n. 165 e ss.mm.ii.

• di aver preso piena cognizione del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 "Regolamento recante codice

di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo

30 marzo 2001, n. 165" e delle norme in esso contenute nonché del D.M. del 10 luglio 2014

"Codice di comportamento dei dipendenti del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali".

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero

intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico e a rilasciare una dichiarazione sostitutiva

aggiornata.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. 30 giugno

2003, n. 196 circa il trattamento 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 e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale

del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Luogo e data Bologna, 11/5/2023 Il/La Dichiarante

Francesco Barigozzi

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

Il sottoscritto Scuderi Alberto

nato a XXXXXXXXX il XXXXXXXX

C.F. XXXXXXXXXXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per l'EMILIA ROMAGNA,

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 decadenza 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 inconferibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere consapevole che il rilascio della predetta dichiarazione costituisce condizione legale di efficacia del provvedimento di conferimento dell'incarico; di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi 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; di essere consapevole che la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

Luogo e data Bologna, 10 maggio 2023

> Il Dichiarante Alberto Scuderi

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 Scuderi Alberto

nato a XXXXXXXXX il XXXXXXXX

C.F. XXXXXXXXXXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per l'EMILIA ROMAGNA,

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 decadenza 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/La sottoscritto/a 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/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi 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 e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

Luogo e data

Bologna, 10 maggio 2023

Il Dichiarante

Alberto Scuderi

(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 Scuderi Alberto,

relativamente al conferimento dell'incarico di componente del Comitato regionale INPS per l'EMILIA ROMAGNA, 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

X 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, anc	he con sentenza non passata in giudicato, per uno
dei reati previsti dal Capo I del Titolo II de	el Libro II del Codice Penale ¹ :
In alternativa	
X 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 Regolama cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, dati conferiti con la presente dichiarazione sostitu del procedimento amministrativo per cui essi amministrativi ad essi conseguenti, ivi inclusa la Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.	relativi alla protezione dei dati personali, che i utiva saranno utilizzati in relazione allo sviluppo sono specificati, nonché per gli adempimenti
L'Amministrazione si riserva la facoltà di verificat presente dichiarazione.	re la veridicità delle informazioni contenute nella
Si allega copia di un documento di riconoscimento	o in corso di validità del sottoscrittore.
Data, 10 maggio 2023	Firma del dichiarante
	Alberto Scuderi
Osservazioni e/o rilievi dell'o	organo conferente l'incarico
Data,	Firma

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

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' SULLA INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI, ANCHE

POTENZIALI, DI CONFLITTO DI INTERESSE

Il sottoscritto Scuderi Alberto,

nato a XXXXXXXXX il XXXXXXXX

C.F. XXXXXXXXXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per l'EMILIA ROMAGNA,

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 incorrere in situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interessi, ai sensi della

normativa vigente, la cui sussistenza sarà oggetto di verifica ai sensi dell'art. 53 del d.lgs. 30

marzo 2001, n. 165 e ss.mm.ii.

• di aver preso piena cognizione del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 "Regolamento recante codice"

di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo

30 marzo 2001, n. 165" e delle norme in esso contenute nonché del D.M. del 10 luglio 2014

"Codice di comportamento dei dipendenti del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali".

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero

intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico e a rilasciare una dichiarazione sostitutiva

aggiornata.

Il sottoscritto dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679,

nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi 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 e si

dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e

delle Politiche Sociali.

Luogo e data

Bologna, 10 maggio 2023

Il Dichiarante

Alberto Scuderi

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

Il/La sottoscritto/a Mauro Chiarini

nato a XXXXXXXXX il XXXXXXXX

C.F. XXXXXXXXXXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per l'EMILIA ROMAGNA,

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 decadenza 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 inconferibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere consapevole che il rilascio della predetta dichiarazione costituisce condizione legale di efficacia del provvedimento di conferimento dell'incarico; di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi 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; di essere consapevole che la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

Bologna 30/05/2023

Il/La Dichiarante

Mauro Chiarini

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

Il/La sottoscritto/a Mauro Chiarini

nato a XXXXXXXXX il XXXXXXXX

C.F. XXXXXXXXXXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per l'EMILIA ROMAGNA,

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 decadenza 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/La sottoscritto/a 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/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi 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 e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

Bologna 30/05/2023

Il/La Dichiarante

Mauro Chiarini

(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
inco	nferibil	lità/incompatibilit	à ai sensi	e agli	effetti del	decreto	legislativo 8	aprile	2013 n. 39,	il/la
sotto	scritto	/aMauro Chiari	ni						•••••	
rela	tivame	nte al conferime	nto dell'i	ncarico	o di comp	onente	del Comitate	o regio	onale INPS	per
l'EN	IILIA I	ROMAGNA, cor	nsapevole	delle	sanzioni pr	eviste d	all'art. 76 de	el Test	o Unico, D.l	P.R.
28/1	2/2000	n. 445, e della de	ecadenza d	lei ben	efici previs	sta dall'a	art. 75 del me	edesim	o Testo unic	o in
caso	di dich	niarazioni false o	mendaci, s	sotto la	a propria pe	ersonale	responsabilit	à		

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
Area Vasta UILP	Membro di	2022	2026
Bologna	segreteria		
Uil Emilia	Revisore dei conti	2022	2026
Roamgna			

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

dei reati previsti dal Capo I del Titolo II d	del Libro II del Codice Penale ¹ :
In alternativa	
➤ di NON aver riportato condanne per uno	dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro
II del Codice Penale.	
cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 10 dati conferiti con la presente dichiarazione sosti del procedimento amministrativo per cui ess.	mento (UE) 2016/679, nonchè delle disposizioni di I, relativi alla protezione dei dati personali, che i itutiva saranno utilizzati in relazione allo sviluppo i sono specificati, nonché per gli adempimenti la pubblicazione dell'atto sul sito istituzionale del
L'Amministrazione si riserva la facoltà di verific presente dichiarazione.	are la veridicità delle informazioni contenute nella
Si allega copia di un documento di riconoscimen	nto in corso di validità del sottoscrittore.
Data, Bologna 30/05/2023	Firma del dichiarante
	Mauro Chiarini
Osservazioni e/o rilievi dell'	'organo conferente l'incarico
Data,	Firma

> di aver riportato le seguenti condanne, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno

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

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' SULLA INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI, ANCHE POTENZIALI, DI CONFLITTO DI INTERESSE

Il/La sottoscritto/a Mauro Chiarini

nato a XXXXXXXXX il XXXXXXXX

C.F. XXXXXXXXXXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per l'EMILIA ROMAGNA, 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 incorrere in situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interessi, ai sensi della normativa vigente, la cui sussistenza sarà oggetto di verifica ai sensi dell'art. 53 del d.lgs. 30

marzo 2001, n. 165 e ss.mm.ii.

• di aver preso piena cognizione del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo

30 marzo 2001, n. 165" e delle norme in esso contenute nonché del D.M. del 10 luglio 2014

"Codice di comportamento dei dipendenti del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali".

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico e a rilasciare una dichiarazione sostitutiva aggiornata.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi 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 e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Bologna 30/05/2023

Il/La Dichiarante

Mauro Chiarini

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

Il sottoscritto Vincenzo Paldino

nato a XXXXXXXXX il XXXXXXXX

C.F. XXXXXXXXXXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per l'EMILIA ROMAGNA,

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 decadenza 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 inconferibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere consapevole che il rilascio della predetta dichiarazione costituisce condizione legale di efficacia del provvedimento di conferimento dell'incarico; di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi 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; di essere consapevole che la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

Modena, 06/05/2023

Il Dichiarante

Vincenzo Paldino

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 Vincenzo Paldino

nato a XXXXXXXXX il XXXXXXXX

C.F. XXXXXXXXXXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per l'EMILIA ROMAGNA,

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 decadenza 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/La sottoscritto/a 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/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi 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 e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

Modena, 06/05/2023

Il Dichiarante

Vincenzo Paldino

(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 VINCENZO PALDINO.

relativamente al conferimento dell'incarico di componente del Comitato regionale INPS per l'EMILIA ROMAGNA, 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
FNA CONFSAL EMILIA ROMAGNA (FEDERAZIONE NAZIONALE AGRICOLTURA)	SEGRETARIO REGIONALE /RESPONSABILE REGIONALE SINDACATI/ENTI DI SETTORE	2010	2023
SNALV CONFSAL	SEGRETARIO REGIONALE	2010	2023
U.Di.Con (Unione per la DIFESA dei CONSUMATORI)	PRESIDENTE REGIONALE	2009	2027
CONFSAL (Confederazione Nazionale sindacati autonomi dei Lavoratori	MEMBRO CONSIGLIO REGIONALE/CONSIGLIO NAZIONALE	2010	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

del reali previsti dai capo i dei ritoro	II del Libro II del Codice Penale ¹ :
In alternativa	
> di NON aver riportato condanne per u	uno dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro
II del Codice Penale.	
cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. dati conferiti con la presente dichiarazione s del procedimento amministrativo per cui	olamento (UE) 2016/679, nonchè delle disposizioni di 101, relativi alla protezione dei dati personali, che i costitutiva saranno utilizzati in relazione allo sviluppo essi sono specificati, nonché per gli adempimenti sa la pubblicazione dell'atto sul sito istituzionale del i.
L'Amministrazione si riserva la facoltà di ver presente dichiarazione.	rificare la veridicità delle informazioni contenute nella
Si allega copia di un documento di riconoscir	mento in corso di validità del sottoscrittore.
Modena, 06/05/2023	Firma del dichiarante
	Vincenzo Paldino
	-112
Osservazioni e/o rillevi do	ell'organo conferente l'incarico

➤ di aver riportato le seguenti condanne, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno

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

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' SULLA INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI, ANCHE POTENZIALI, DI CONFLITTO DI INTERESSE

Il sottoscritto Vincenzo Paldino

nato a XXXXXXXXX il XXXXXXXX

C.F. XXXXXXXXXXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per l'EMILIA ROMAGNA, 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 incorrere in situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interessi, ai sensi della normativa vigente, la cui sussistenza sarà oggetto di verifica ai sensi dell'art. 53 del d.lgs. 30

marzo 2001, n. 165 e ss.mm.ii.

• di aver preso piena cognizione del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165" e delle norme in esso contenute nonché del D.M. del 10 luglio 2014

"Codice di comportamento dei dipendenti del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali".

La sottoscritta si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico e a rilasciare una dichiarazione sostitutiva aggiornata.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi 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 e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Modena, 06/05/2023

Il Dichiarante

Vincenzo Paldino

DICHIARAZIONESOSTITUTIVA DELL' ATTO DI NOTORIETA' SULLA INSUSSISTENZA DI CAUSEDI INCONFERIBILITA' ai sensi del D.lgs. n. 39 dell'8 aprile 2013

La sottoscritta TULLIA BEVILACQUA

nata a XXXXXXXXX il XXXXXXXX

C.F. XXXXXXXXXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPSper l'EMILIA ROMAGNA,

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 decadenza 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 inconferibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013per lo svolgimento dell'incarico.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere consapevole che il rilascio della predetta dichiarazione costituisce condizione legale di efficacia del provvedimento di conferimento dell'incarico; di essere stato informato ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 circa il trattamento 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; di essere consapevole che la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3 del d.lgs. n. 39/2013.

La Dichiarante

Luogo e data

PC 16/07/2023

Tullia Bevilacqua

DICHIARAZIONESOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' SULLA INSUSSISTENZA DI CAUSEDI INCOMPATIBILITA' ai sensi del D.lgs. n. 39 dell'8 aprile 2013

La sottoscritta TULLIA BEVILACQUA

Nata a XXXXXXXXX il XXXXXXXX

in relazione all'incaricodicomponente del Comitato regionale INPS per l'EMILIA ROMAGNA,

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 decadenza 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 2013per lo svolgimento dell'incarico.

Il/La sottoscritto/a 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/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 circa il trattamento 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 e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3 del d.lgs. n. 39/2013.

La Dichiarante

Luogo e data

PC 16/07/2023

Tullia Bevilacqua

(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 TULLIA BEVILACQUA,

relativamente al conferimento dell'incarico dicomponente del Comitato regionale INPS per l'EMILIA ROMAGNA,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	COMPONENTE	PRECEDENTE COMITATO	MARZO 2023
	CIV EMILIA	MARZO 2019	
	ROMAGNA		

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 incarichicon oneri a carico della finanza pubblica

dei reati previsti dal Capo I del '	Titolo II del Libro II del Codice Penale ¹ :
In alternativa	
> di NON aver riportato condanno	e per uno dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro
II del Codice Penale.	
dichiarazione sostitutiva saranno u amministrativo per cui essi sono spec	el d.lgs. n. 196 del 2003, che i dati conferiti con la presente tilizzati in relazione allo sviluppo del procedimento ificati, nonché per gli adempimenti amministrativi ad essi ne dell'atto sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e
L'Amministrazione si riserva la facoltà presente dichiarazione.	di verificare la veridicità delle informazioni contenute nella
Si allega copia di un documento di rico	noscimento in corso di validità del sottoscrittore.
Data,16/07/2023	Firma del dichiarante
	Tullia Bevilacqua
Osservazioni e/o rilie	vi dell'organo conferente l'incarico
Osser vazioni e/o i me	vi den organo comercine i incarico
¹ Specificare nel relativo elenco i reati per i qua	ıli è stata pronunciata la condanna

> di aver riportato le seguenti condanne, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno

Data,	Firma

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' SULLA INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI, ANCHE POTENZIALI, DI CONFLITTO DI INTERESSE

La sottoscritta TULLIA BEVILACQUA

nata a XXXXXXXXXX il XXXXXXXX

in relazione all'incarico dicomponente del Comitato regionale INPS per l'EMILIA ROMAGNA, 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 incorrere in situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interessi, ai sensi della normativa vigente, la cui sussistenza sarà oggetto di verifica ai sensi dell'art. 53 del d.lgs. 30

marzo 2001, n. 165 e ss.mm.ii.

• di aver preso piena cognizione del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165" e delle norme in esso contenute nonché del D.M. del 10 luglio 2014"Codice di comportamento dei dipendenti del Ministero del Lavoro e delle Politiche

Sociali".

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico e a rilasciare una dichiarazione sostitutiva aggiornata.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 circa il trattamento 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 e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Luogo e data PC 16/7/2023

La Dichiarante

Tullia Bevilacqua

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

Il sottoscritto Manuel Castagna

nato a XXXXXXXXX il XXXXXXXX

C.F. XXXXXXXXXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per l'EMILIA ROMAGNA,

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 decadenza 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 inconferibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere consapevole che il rilascio della predetta dichiarazione costituisce condizione legale di efficacia del provvedimento di conferimento dell'incarico; di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi 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; di essere consapevole che la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

Bologna 23/05/2023

Il/La Dichiarante

Manuel Castagna

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 Manuel Castagna

nato a XXXXXXXXX il XXXXXXXX

C.F. XXXXXXXXXXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per l'EMILIA ROMAGNA,

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 decadenza 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/La sottoscritto/a 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/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi 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 e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

Bologna 23/05/2023

Il/La Dichiarante

Manuel Castagna

(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 Manuel Castagna,

relativamente al conferimento dell'incarico di componente del Comitato regionale INPS per l'EMILIA ROMAGNA, 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

X 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

In alternativa	
${f X}$ di NON aver riportato condanne per un	no dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro II
del Codice Penale.	
cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. dati conferiti con la presente dichiarazione so del procedimento amministrativo per cui e	plamento (UE) 2016/679, nonchè delle disposizioni di 101, relativi alla protezione dei dati personali, che i ostitutiva saranno utilizzati in relazione allo sviluppo essi sono specificati, nonché per gli adempimenti la la pubblicazione dell'atto sul sito istituzionale del
L'Amministrazione si riserva la facoltà di veri presente dichiarazione.	ificare la veridicità delle informazioni contenute nella
Si allega copia di un documento di riconoscim	nento in corso di validità del sottoscrittore.
BOLOGNA, 18 MAGGIO 2023	Firma del dichiarante
	Manuel Castagna
Osservazioni e/o rilievi de	ell'organo conferente l'incarico
Data,	Firma
Specificare nel relativo elenco i reati per i quali è stata	

> 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:

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
SULLA INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI, ANCHE

POTENZIALI, DI CONFLITTO DI INTERESSE

Il sottoscritto Manuel Castagna

nato a XXXXXXXXX il XXXXXXXX

C.F. XXXXXXXXXXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per l'EMILIA ROMAGNA, 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 incorrere in situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interessi, ai sensi della

normativa vigente, la cui sussistenza sarà oggetto di verifica ai sensi dell'art. 53 del d.lgs. 30

marzo 2001, n. 165 e ss.mm.ii.

• di aver preso piena cognizione del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 "Regolamento recante codice"

di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo

30 marzo 2001, n. 165" e delle norme in esso contenute nonché del D.M. del 10 luglio 2014

"Codice di comportamento dei dipendenti del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali".

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero

intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico e a rilasciare una dichiarazione sostitutiva

aggiornata.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE)

2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi 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

e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro

e delle Politiche Sociali.

Luogo e data

Il/La Dichiarante

Bologna 23/05/2023

Manuel Castagna

La sottoscritta Olivieri Anna

nata a XXXXXXXXX il XXXXXXXX

C.F. XXXXXXXXXXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per l'EMILIA ROMAGNA,

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 decadenza 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 inconferibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere consapevole che il rilascio della predetta dichiarazione costituisce condizione legale di efficacia del provvedimento di conferimento dell'incarico; di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi 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; di essere consapevole che la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

Bologna, 12 maggio 2023

La Dichiarante

La sottoscritta Olivieri Anna

nata a XXXXXXXXX il XXXXXXXX

C.F. XXXXXXXXXXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per l'EMILIA ROMAGNA,

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 decadenza 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, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi 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 e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

Bologna, 12 maggio 2023

La Dichiarante

(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 Olivieri Anna, relativamente al conferimento dell'incarico di componente del Comitato

regionale INPS per l'EMILIA ROMAGNA, 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 Regolamento (UE) 2016/679, nonchè delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi 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 maggio 2023

Firma del dichiarante

Osservazioni e/o rilievi dell'organo	o conferente l'incarico
Data,	Firma

Allegato 4)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
SULLA INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI, ANCHE

POTENZIALI, DI CONFLITTO DI INTERESSE

La sottoscritta Olivieri Anna

nata a XXXXXXXXX il XXXXXXXX

C.F. XXXXXXXXXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per l'EMILIA ROMAGNA, 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 incorrere in situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interessi, ai sensi della

normativa vigente, la cui sussistenza sarà oggetto di verifica ai sensi dell'art. 53 del d.lgs. 30

marzo 2001, n. 165 e ss.mm.ii.

• di aver preso piena cognizione del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 "Regolamento recante codice"

di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo

30 marzo 2001, n. 165" e delle norme in esso contenute nonché del D.M. del 10 luglio 2014

"Codice di comportamento dei dipendenti del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali".

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero

intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico e a rilasciare una dichiarazione sostitutiva

aggiornata.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE)

2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi 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

e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro

e delle Politiche Sociali.

Bologna, 12 maggio 2023

La Dichiarante

La sottoscritta Olivieri Anna

nata a XXXXXXXXX il XXXXXXXX

C.F. XXXXXXXXXXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per l'EMILIA ROMAGNA,

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 decadenza 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 inconferibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere consapevole che il rilascio della predetta dichiarazione costituisce condizione legale di efficacia del provvedimento di conferimento dell'incarico; di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi 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; di essere consapevole che la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

Bologna, 12 maggio 2023

La Dichiarante

La sottoscritta Olivieri Anna

nata a XXXXXXXXX il XXXXXXXX

C.F. XXXXXXXXXXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per l'EMILIA ROMAGNA,

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 decadenza 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, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi 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 e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

Bologna, 12 maggio 2023

La Dichiarante

(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 Olivieri Anna, relativamente al conferimento dell'incarico di componente del Comitato

regionale INPS per l'EMILIA ROMAGNA, 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 Regolamento (UE) 2016/679, nonchè delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi 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 maggio 2023

Firma del dichiarante

Osservazioni e/o rilievi dell'organo	o conferente l'incarico
Data,	Firma

Allegato 4)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
SULLA INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI, ANCHE

POTENZIALI, DI CONFLITTO DI INTERESSE

La sottoscritta Olivieri Anna

nata a XXXXXXXXX il XXXXXXXX

C.F. XXXXXXXXXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per l'EMILIA ROMAGNA, 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 incorrere in situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interessi, ai sensi della

normativa vigente, la cui sussistenza sarà oggetto di verifica ai sensi dell'art. 53 del d.lgs. 30

marzo 2001, n. 165 e ss.mm.ii.

• di aver preso piena cognizione del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 "Regolamento recante codice"

di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo

30 marzo 2001, n. 165" e delle norme in esso contenute nonché del D.M. del 10 luglio 2014

"Codice di comportamento dei dipendenti del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali".

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero

intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico e a rilasciare una dichiarazione sostitutiva

aggiornata.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE)

2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi 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

e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro

e delle Politiche Sociali.

Bologna, 12 maggio 2023

La Dichiarante

Il sottoscritto Stefano Gasper

nato a XXXXXXXXX il XXXXXXXX

C.F. XXXXXXXXXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per l'EMILIA ROMAGNA,

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 decadenza 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 inconferibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

Il sottoscritto dichiara, altresì, di essere consapevole che il rilascio della predetta dichiarazione costituisce condizione legale di efficacia del provvedimento di conferimento dell'incarico; di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi 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; di essere consapevole che la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

Luogo e data Cavezzo 4 maggio 2023

Il Dichiarante

Stefano Gasperi

II	sottoscritto	Ste	fano (Gasperi

nato a XXXXXXXXX il XXXXXXXX

C.F. XXXXXXXXXXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per l'EMILIA ROMAGNA,

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 decadenza 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, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi 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 e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

Luogo e data Cavezzo 4 maggio 2023

Il Dichiarante

Stefano Gasperi

(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 Stefano Gasperi,

relativamente al conferimento dell'incarico di componente del Comitato regionale INPS per l'EMILIA ROMAGNA, 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

X 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 MODENA	COMM. SPECIALE	07/11/2018	07/11/2022 in
	CD/CM		attesa di proroga

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

_	
-	
To all our adian	
In alternativa	
X di NON aver riportato condanne per uno dei reati pr	evisti dal Capo I del Titolo II del Libro II del
Codice Penale.	
L'Amministrazione informa, ai sensi del Regolamento cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, rela dati conferiti con la presente dichiarazione sostitutiva del procedimento amministrativo per cui essi sono amministrativi ad essi conseguenti, ivi inclusa la pub Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.	ativi alla protezione dei dati personali, che i saranno utilizzati in relazione allo sviluppo o specificati, nonché per gli adempimenti
L'Amministrazione si riserva la facoltà di verificare la presente dichiarazione.	veridicità delle informazioni contenute nella
Si allega copia di un documento di riconoscimento in o	corso di validità del sottoscrittore.
Data, Cavezzo 4 maggio 2023	Firma del dichiarante
	Stefano Gasperi
Osservazioni e/o rilievi dell'orga	ano conferente l'incarico
Data,	Firma
Data,	Firma

> 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:

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

Allegato 4)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' SULLA INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI, ANCHE POTENZIALI, DI CONFLITTO DI INTERESSE

Il sottoscritto Stefano Gasperi

nato a XXXXXXXXX il XXXXXXXX

C.F. XXXXXXXXXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per l'EMILIA ROMAGNA, 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 incorrere in situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interessi, ai sensi della normativa vigente, la cui sussistenza sarà oggetto di verifica ai sensi dell'art. 53 del d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e ss.mm.ii.

di aver preso piena cognizione del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165" e delle norme in esso contenute nonché del D.M. del 10 luglio 2014 "Codice di comportamento dei dipendenti del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali".

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico e a rilasciare una dichiarazione sostitutiva aggiornata.

Il sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi 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 e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Luogo e data Cavezzo 4 maggio 2023

Il Dichiarante Stefano Gasperi

Il/La sottoscritto/a MARIA FRANCESCA PICCHIO

nata a XXXXXXXXX il XXXXXXXX

C.F. XXXXXXXXXXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per l'EMILIA ROMAGNA,

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 decadenza 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 inconferibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere consapevole che il rilascio della predetta dichiarazione costituisce condizione legale di efficacia del provvedimento di conferimento dell'incarico; di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi 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; di essere consapevole che la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

Bologna, 10 maggio 2023

Il/La Dichiarante

Maria Francesca Picchio

Il/La sottoscritto/a MARIA FRANCESCA PICCHIO

nato a XXXXXXXXX il XXXXXXXX

C.F. XXXXXXXXXXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per l'EMILIA ROMAGNA,

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 decadenza 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/La sottoscritto/a 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/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi 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 e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

Bologna 10 Maggio 2023

Il/La Dichiarante

Maria Francesca Picchio

(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 sottoscritta MARIA FRANCESCA PICCHIO,

relativamente al conferimento dell'incarico di componente del Comitato regionale INPS per l'EMILIA ROMAGNA, 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	COMPONENTE	DECRETO MINISTERO	2023
LAVORO E	COMITATO	DEL LAVORO E DELLE	
DELLE	REGIONALE INPS	POLITICHE SOCIALI	
POLITICHE	EMILIA	DEL 30/01/2019	
SOCIALI	ROMAGNA		

In alternativa

di NON rivestire né di aver rive	estito nei due anni precedenti altre cariche presso enti pubblici					
o privati e di NON svolgere né	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 co	ndanne, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno					
dei reati previsti dal Capo I del	Titolo II del Libro II del Codice Penale ¹ :					
In alternativa						
> di NON aver riportato condant	ne per uno dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro					
II del Codice Penale.						
cui al decreto legislativo 10 agosto 20 dati conferiti con la presente dichiara del procedimento amministrativo pe	del Regolamento (UE) 2016/679, nonchè delle disposizioni di 018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali, che i zione sostitutiva saranno utilizzati in relazione allo sviluppo er cui essi sono specificati, nonché per gli adempimenti pi inclusa la pubblicazione dell'atto sul sito istituzionale del Sociali.					
L'Amministrazione si riserva la facolto presente dichiarazione.	à di verificare la veridicità delle informazioni contenute nella					
Si allega copia di un documento di rico	onoscimento in corso di validità del sottoscrittore.					
Bologna 10 Maggio 2023	Firma del dichiarante					
	Maria Francesca Picchio					
Osservazioni e/o rili	evi dell'organo conferente l'incarico					
Data,	Firma					

 $^{^{\}rm 1}$ Specificare nel relativo elenco i reati per i quali è stata pronunciata la condanna

Allegato 4)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' SULLA INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI, ANCHE POTENZIALI, DI CONFLITTO DI INTERESSE

Il/La sottoscritto/a MARIA FRANCESCA PICCHIO nato a XXXXXXXXX il XXXXXXXXX

C.F. XXXXXXXXXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per l'EMILIA ROMAGNA, 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 incorrere in situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interessi, ai sensi della normativa vigente, la cui sussistenza sarà oggetto di verifica ai sensi dell'art. 53 del d.lgs. 30

marzo 2001, n. 165 e ss.mm.ii.

• di aver preso piena cognizione del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 "Regolamento recante codice

di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo

30 marzo 2001, n. 165" e delle norme in esso contenute nonché del D.M. del 10 luglio 2014

"Codice di comportamento dei dipendenti del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali".

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico e a rilasciare una dichiarazione sostitutiva

aggiornata.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi 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 e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro

e delle Politiche Sociali.

Bologna 10 Maggio 2023

Il/La Dichiarante

Maria Francesca Picchio

Il sottoscritto Enea Zoli

nato a XXXXXXXXX il XXXXXXXX

C.F. XXXXXXXXXXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per l'EMILIA ROMAGNA,

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 decadenza 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 inconferibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere consapevole che il rilascio della predetta dichiarazione costituisce condizione legale di efficacia del provvedimento di conferimento dell'incarico; di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi 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; di essere consapevole che la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

Bologna, 04/05/2023

Il Dichiarante

Enea Zoli

Il sottoscritto Enea Zoli

nato a XXXXXXXXX il XXXXXXXX

C.F. XXXXXXXXXXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per l'EMILIA ROMAGNA,

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 decadenza 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/La sottoscritto/a 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/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi 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 e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

Bologna, 04/05/2023

Il Dichiarante

Enea Zoli

(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 Enea Zoli,

relativamente al conferimento dell'incarico di componente del Comitato regionale INPS per

l'EMILIA ROMAGNA, 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 Regolamento (UE) 2016/679, nonchè delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi 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, 04/05/2023

Firma del dichiarante

Enea Zoli

Osservazioni e/o rilievi dell'organo conferente l'incarico				
Data,	Firma			

Allegato 4)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' SULLA INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI, ANCHE POTENZIALI, DI CONFLITTO DI INTERESSE

Il sottoscritto Enea Zoli

nato a XXXXXXXXX il XXXXXXXX

C.F. XXXXXXXXXXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per l'EMILIA ROMAGNA, 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 incorrere in situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interessi, ai sensi della normativa vigente, la cui sussistenza sarà oggetto di verifica ai sensi dell'art. 53 del d.lgs. 30

marzo 2001, n. 165 e ss.mm.ii.

• di aver preso piena cognizione del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165" e delle norme in esso contenute nonché del D.M. del 10 luglio 2014

"Codice di comportamento dei dipendenti del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali".

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico e a rilasciare una dichiarazione sostitutiva

Il sottoscritto dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi 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 e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Bologna, 04/05/2023

aggiornata.

Il Dichiarante Enea Zoli

La sottoscritta MICHELA COLLIVA nata a XXXXXXXXX il XXXXXXXX,

C.F. XXXXXXXXXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per l'EMILIA ROMAGNA,

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 decadenza 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 inconferibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

La sottoscritta dichiara, altresì, di essere consapevole che il rilascio della predetta dichiarazione costituisce condizione legale di efficacia del provvedimento di conferimento dell'incarico; di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi 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; di essere consapevole che la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

Bologna, lì 3 agosto 2023

La Dichiarante

Michela Colliva

La sottoscritta MICHELA COLLIVA nata a XXXXXXXXX il XXXXXXXXX,

C.F. XXXXXXXXXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per l'EMILIA ROMAGNA,

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 decadenza 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, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi 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 e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

Bologna, lì 3 agosto 2023

La Dichiarante

Michela Colliva

(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)

Αi fini dell'istruttoria alla verifica della sussistenza di situazioni sottesa di inconferibilità/incompatibilità ai sensi e agli effetti del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39, la sottoscritta MICHELA COLLIVA, relativamente al conferimento dell'incarico di componente del Comitato regionale INPS per l'EMILIA ROMAGNA, 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
M.E.F	Revisore ACI FE	31.5.2022	31.5.2026
M.E.F	Revisore ATS 2 FE	17.9.2019	16.9.2022
M.E.F	Revisore ATS 8 RA	17.9.2019	16.9.2022
_			

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, nonchè delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi 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 dichie	aro	azione.									

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

Data, 3 agosto 2023

Firma del dichiarante

Michela Colliva

Osservazioni e/o rilievi dell'organo conferente l'incarico					
Data,	Firma				

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' SULLA INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI, ANCHE POTENZIALI, DI CONFLITTO DI INTERESSE

La sottoscritta MICHELA COLLIVA nata a XXXXXXXXX il XXXXXXXXX

C.F. XXXXXXXXXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per L'EMILIA ROMAGNA, 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 incorrere in situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interessi, ai sensi della normativa vigente, la cui sussistenza sarà oggetto di verifica ai sensi dell'art. 53 del d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e ss.mm.ii.

di aver preso piena cognizione del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165" e delle norme in esso contenute nonché del D.M. del 10 luglio 2014 "Codice di comportamento dei dipendenti del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali".

La sottoscritta si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico e a rilasciare una dichiarazione sostitutiva aggiornata.

La sottoscritta dichiara, altresì, di essere stata informata ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi 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 e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Bologna, lì 3 agosto 2023

La Dichiarante *Michela Colliva*

Il/La sottoscritto/a SALATTI VANNI	
nato a XXXXXXXXX il XXXXXXXX	X

C.F. XXXXXXXXXXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per l'EMILIA ROMAGNA,

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 decadenza 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 inconferibilità di cui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo svolgimento dell'incarico.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere consapevole che il rilascio della predetta dichiarazione costituisce condizione legale di efficacia del provvedimento di conferimento dell'incarico; di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi 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; di essere consapevole che la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

Luogo e data <u>13/07/2023</u>		II/La Dichiarante
		f.to Vanni Salatti

Il/La	sottoscritto/a	SALATTI	VANNI

nato a XXXXXXXXX il XXXXXXXX

C.F. XXXXXXXXXXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per l'EMILIA ROMAGNA,

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 decadenza 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/La sottoscritto/a 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/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi 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 e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.

Luogo e data <u>13/07/2023</u>		Il/La Dichiarante		
		f.to Vanni Salatti		

(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
inco	nferibil	ità/incompatibilit	tà ai sensi	e agli	effetti del	decreto	legislativo 8 a	prile	2013 n. 39,	il/la
sotto	scritto	/aSALA	ATTI VAN	NNI					• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	,
rela	tivameı	nte al conferime	nto dell'i	ncarico	o di comp	onente	del Comitato	regio	onale INPS	per
l'EM	IILIA 1	ROMAGNA, cor	nsapevole	delle s	sanzioni pr	eviste d	all'art. 76 del	Testo	o Unico, D.l	P.R.
28/1	2/2000	n. 445, e della de	ecadenza o	dei ben	efici previs	sta dall'a	art. 75 del med	lesim	o Testo unic	o in
caso	di dich	niarazioni false o	mendaci,	sotto la	ı propria pe	ersonale	responsabilità			

DICHIARA

➤ X 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	Componente Comitato Regionale Emilia-Romagna	Assunzione carica 04/03/2019	04/03/2023

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, anc	he con sentenza non passata in giudicato, per uno
dei reati previsti dal Capo I del Titolo II de	el Libro II del Codice Penale ¹ :
In alternativa	
> X 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 Regolamo cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, dati conferiti con la presente dichiarazione sostitu del procedimento amministrativo per cui essi amministrativi ad essi conseguenti, ivi inclusa la Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.	relativi alla protezione dei dati personali, che i utiva saranno utilizzati in relazione allo sviluppo sono specificati, nonché per gli adempimenti
L'Amministrazione si riserva la facoltà di verificat presente dichiarazione.	re la veridicità delle informazioni contenute nella
Si allega copia di un documento di riconoscimento	o in corso di validità del sottoscrittore.
Data,13/07/2023	Firma del dichiarante
	f.to Vanni Salatti
Osservazioni e/o rilievi dell'o	organo conferente l'incarico

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

Data,	Firma	

Allegato 4)

aggiornata.

e delle Politiche Sociali.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' SULLA INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI, ANCHE POTENZIALI, DI CONFLITTO DI INTERESSE

Il/La sottoscritto/a SALATTI VANNI

nato a XXXXXXXXXX il XXXXXXXX

C.F. XXXXXXXXXXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per l'EMILIA ROMAGNA, 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 incorrere in situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interessi, ai sensi della normativa vigente, la cui sussistenza sarà oggetto di verifica ai sensi dell'art. 53 del d.lgs. 30

marzo 2001, n. 165 e ss.mm.ii.

• di aver preso piena cognizione del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo

30 marzo 2001, n. 165" e delle norme in esso contenute nonché del D.M. del 10 luglio 2014

"Codice di comportamento dei dipendenti del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali".

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso dello svolgimento dell'incarico e a rilasciare una dichiarazione sostitutiva

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché delle disposizioni di cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi 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 e si dichiara consapevole cha la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro



La Responsabile del Servizio Integrativo Politiche del lavoro Fabrizia Monti

IL SUPERIORE GERARCHICO

In applicazione dell'articolo 53 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, come modificato dalla legge 6 novembre 2012, n. 190 che prevede che il conferimento di ogni incarico sia subordinato alla verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali di conflitto di interessi,

ATTESTA

sulla base di quanto dichiarato dal dott. Vanni Salatti circa le attività svolte e l'assenza di conflitti di interessi per lo svolgimento dell'incarico di componente del Comitato regionale INPS per l'EMILIA ROMAGNA, che non risultano sussistere situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi in capo al dott. Vanni Salatti per lo svolgimento del citato incarico.

La presente attestazione è pubblicata sul sito istituzionale del Ministero e viene trasmessa al Responsabile della trasparenza e della prevenzione della corruzione.

Luogo e data Bologna, 13 luglio 2023

Fabrizia Monti (firmato digitalmente)