

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

Il sottoscritto

ROBERTO ALESSANDRINI

nata a XXXXX il XXXXXXXX

C.F. XXXXXXXXXXXXXXXXX

in relazione all'incarico di COMPONENTE EFFETTIVO DEL COLLEGIO DEI SINDACI  
DELL'INPS

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dall'art. 20, comma 5, del succitato d.lgs. 39/2013, 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 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.

ROMA 24 LUGLIO 2025

Il Dichiarante

F.to Roberto Alessandrini

---

## **MODELLO DICHIARAZIONE ELENCO INCARICHI**

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

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

relativamente al conferimento dell'incarico di **COMPONENTE EFFETTIVO DEL COLLEGIO DEI SINDACI DELL'INPS** 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:

<b>ENTE/SOGGETTO CONFERENTE</b>	<b>TIPOLOGIA DI CARICA O INCARICO</b>	<b>DATA DI NOMINA E/O CONFERIMENTO DELL'INCARICO E/O ASSUNZIONE DELLA CARICA</b>	<b>TERMINE DI SCADENZA E/O CESSAZIONE</b>
MEF	Presidente del Collegio dei Revisori	<b>24 giugno 2020</b>	7 agosto 2024

➤ 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, nonché 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, 24 luglio 2025**

**Firma del dichiarante**

F.to Roberto Alessandrini

.....

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

Data, .....

Firma.....

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

Il sottoscritto

Giovanni CIUFFARELLA

nato a XXXXXX il XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX codice fiscale XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

in relazione all'incarico di sindaco effettivo presso l'Istituto nazionale della previdenza sociale-INPS

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39, e consapevole delle sanzioni previste dall'art. 20, comma 5, del succitato d.lgs. n. 39/2013, 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 che la stessa verrà pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20, comma 3, del d.lgs. n. 39/2013.

Roma, 11 settembre 2025

Il Dichiarante  
F.to Giovanni Ciuffarella

## MODELLO DICHIARAZIONE ELENCO INCARICHI

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

Ai fini dell'istruttoria sottesa alla verifica della sussistenza di situazioni di inconferibilità/incompatibilità ai sensi e agli effetti del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39, il sottoscritto GIOVANNI CIUFFARELLA, relativamente all'incarico di sindaco effettivo presso l'Istituto nazionale della previdenza sociale-INPS, 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
SOGIN S.p.a.	Pres. Coll. sindacale	05/09/2024	30/04/2026
Fondazione Politecnico di Milano	Revisore legale dei conti	14/10/2024	13/10/2028
Agenzia delle dogane e dei monopoli	Pres. Coll. Revisori dei conti	27/05/2022	10/07/2025
INVIMIT SGR S.p.a.	Pres. Coll. Sindacale	30/12/2021	18/07/2024
Agenzia Spaziale Italiana	Pres. Coll. Revisori dei conti	10/08/2021	25/07/2024

- 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, nonché 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.*

Allega copia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

Data, 11 settembre 2025

Firma del dichiarante

F.to Giovanni Ciuffarella

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

Data, .....

Firma.....

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

La sottoscritta **Letteria DINARO**, nata a XXXXXX il XXXXXXXXXXXXXXX

C.F.: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

in relazione all'incarico di Componente effettivo del Collegio dei Sindaci dell'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS) con funzione di Vice Presidente, presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dall'art. 20, comma 5, del succitato d.lgs. 39/2013, 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 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

Roma 09 luglio 2025

La Dichiarante  
F.to Letteria Dinaro

---

## **MODELLO DICHIARAZIONE ELENCO INCARICHI**

(da allegare alla dichiarazione sulla insussistenza di cause di inconfiribilità 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 inconfiribilità/incompatibilità ai sensi e agli effetti del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39, la sottoscritta **Letteria DINARO**, relativamente al conferimento dell'incarico di Componente effettivo del Collegio dei Sindaci dell'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS) con funzione di Vice Presidente, 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:

<b>ENTE/SOGGETTO CONFERENTE</b>	<b>TIPOLOGIA DI CARICA O INCARICO</b>	<b>DATA DI NOMINA E/O CONFERIMENTO DELL'INCARICO E/O ASSUNZIONE DELLA CARICA</b>	<b>TERMINE DI SCADENZA E/O CESSAZIONE</b>
SAC SERVICE Srl di Catania	Presidente del Collegio Sindacale	<b>Dal 27 agosto del 2019</b>	Riconfermata per il prossimo triennio con scadenza 31/12/2025
ENAC Servizi Srl	Presidente del Collegio Sindacale	<b>Dal 23 marzo 2022</b>	31/12/2024
Ferrovie dello Stato Italiano Spa	Componente supplente del Collegio Sindacale	<b>Dal 03 maggio 2022</b>	31/12/2024

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, nonché 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, 09 luglio 2025**

**Firma del dichiarante**

F.to Letteria Dinaro

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

Data, .....

Firma.....

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

La sottoscritta TATIANA ESPOSITO nata a XXXXXX il XXXXXXXX

C.F. XXXXXXXXX

in relazione all'incarico di COMPONENTE EFFETTIVO DEL COLLEGIO DEI SINDACI DELL'ISTITUTO NAZIONALE DELLA PREVIDENZA SOCIALE (INPS)

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dall'art. 20, comma 5, del succitato d.lgs. 39/2013, 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 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 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.

Roma, 9 luglio 2025

La Dichiarante  
F.to Tatiana Esposito

## **MODELLO DICHIARAZIONE ELENCO INCARICHI**

(da allegare alla dichiarazione sulla insussistenza di cause di inconfiribilità 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 inconfiribilità/incompatibilità ai sensi e agli effetti del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39, la sottoscritta ESPOSITO TATIANA, relativamente al conferimento dell'incarico di COMPONENTE EFFETTIVO DEL COLLEGIO DEI SINDACI DELL'ISTITUTO NAZIONALE DELLA PREVIDENZA SOCIALE (INPS), 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, nonché 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.

**Roma, 9 luglio 2025**

**Firma del dichiarante**

F.to Tatiana Esposito

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

Data, .....

Firma.....

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

Il/La sottoscritto/a MARANO Angelo Fabio

nato a XXXXXX il XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

C.F. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

in relazione all'incarico di Componente Collegio dei Sindaci INPS

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dall'art. 20, comma 5, del succitato d.lgs. 39/2013, 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 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 Roma 9.7.25

Il/La Dichiarante  
F.to Angelo Fabio Marano

## **MODELLO DICHIARAZIONE ELENCO INCARICHI**

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

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

relativamente al conferimento dell'incarico di Componente del Collegio dei Sindaci INPS, 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:

<b>ENTE/SOGGETTO CONFERENTE</b>	<b>TIPOLOGIA DI CARICA O INCARICO</b>	<b>DATA DI NOMINA E/O CONFERIMENTO DELL'INCARICO E/O ASSUNZIONE DELLA CARICA</b>	<b>TERMINE DI SCADENZA E/O CESSAZIONE</b>
COVIP	Presidente del Collegio dei Revisori	<b>23.10.2024</b>	23.10.2028

- 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, nonché 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, 9.7.25**

**Firma del dichiarante**

F.to Angelo Fabio Marano

.....

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

Data, .....

Firma.....

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

Il sottoscritto

Mauro Zappia nata a XXXXXX il XXXXX, C.F.: XXXXXXXX

in relazione all'incarico di Componente del Collegio dei Sindaci I.N.P.S., presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dall'art. 20, comma 5, del succitato d.lgs. 39/2013, 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 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 5/08/2025

Il Dichiarante

F.to Mauro Zappia

## **MODELLO DICHIARAZIONE ELENCO INCARICHI**

(da allegare alla dichiarazione sulla insussistenza di cause di inconfiribilità 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 inconfiribilità/incompatibilità ai sensi e agli effetti del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39, il sottoscritto Mauro Zappia, relativamente al conferimento dell'incarico di Componente del Collegio dei Sindaci I.N.P.S., 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:

<b>ENTE/SOGGETTO CONFERENTE</b>	<b>TIPOLOGIA DI CARICA O INCARICO</b>	<b>DATA DI NOMINA E/O CONFERIMENTO DELL'INCARICO E/O ASSUNZIONE DELLA CARICA</b>	<b>TERMINE DI SCADENZA E/O CESSAZIONE</b>
Università degli studi di Verona	Componente collegio dei revisori	<b>7.4.2022</b>	6.4.2025
AGID	Presidente del collegio dei revisori	<b>20.1.2022</b>	23.10.2023

➤ 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, nonché 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, ...5/08/2025.....**

**Firma del dichiarante**

F.to Mauro Zappia

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

Data, .....

Firma.....

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

La sottoscritta ERMELINDA COSENTINO

nata a XXXXXX il XXXXXXXXXXXX

C.F. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

in relazione all'incarico di COMPONENTE SUPPLENTE DEL COLLEGIO SINDACALE INPS

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dall'art. 20, comma 5, del succitato d.lgs. 39/2013, 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 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 ROMA, 10/7/2025

La Dichiarante

F.to Ermelinda Cosentino

## MODELLO DICHIARAZIONE ELENCO INCARICHI

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

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

relativamente al conferimento dell'incarico di COMPONENTE SUPPLENTE COLLEGIO SINDACALE INPS 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	COMP. COMITATO VIGILANZA PENSIONI INSEGNANTI	<b>4/9/2019</b>	3/9/2023
INPS	COMP. COMITATO VIGILANZA PENSIONI INSEGNANTI	<b>3/2/2025</b>	2/2/2029
INAIL	COMP.SUPPL.COLLEGIO SINDACALE	<b>29/7/2019</b>	28/7/2023
INPS	COMP.SUPPL.COLLEGIO SINDACALE	<b>in argomento</b>	

### *In alternativa*

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

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

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

***In alternativa***

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

*L'Amministrazione informa, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché 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, 10/7/2025**

**Firma del dichiarante**

F.to Ermelinda Cosentino

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

Data, .....

Firma.....

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

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

Il/La sottoscritto/a Caterina Farre

nata a XXXXX il XXXXXX

C.F. XXXXXXXXXXXXXXX

in relazione all'incarico di COMPONENTE SUPPLENTE DEL COLLEGIO DEI SINDACI DELL'INPS

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dall'art. 20, comma 5, del succitato d.lgs. 39/2013, 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 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

Roma, 15 luglio 2025

Il/La Dichiarante

F.to Caterina Farre

## MODELLO DICHIARAZIONE ELENCO INCARICHI

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

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

relativamente al conferimento dell'incarico di componente supplente del Collegio dei Sindaci dell'INPS 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
MLPS - DGTS	Dirigente div. II DGTS	15/06/2022	14/06/2025
MLPS – DIP. POL.SOC.	Dirigente Uff. staff 2	15/06/2025	14/06/2028 (in corso di registrazione)
PCM	Commissione di gestione del fondo di prevenzione del fenomeno usura. Art 15 legge 108/96. Membro effettivo in rappresentanza del MLPS. Incarico conferito con DPCM 13 ottobre 2014.	13/10/2014	Non indicato
MLPS - MEF	Comitato di vigilanza per le prestazioni previdenziali ai dipendenti degli enti di diritto pubblico. art. 8 D.P.R. 368/1997. Componente in rappresentanza del MLPS. Incarico conferito con decreto interministeriale 4 settembre 2019 - CESSATO	17/10/2019	16/10/2023
MLPS	Comitato amministratore del Fondo di solidarietà per la riconversione e riqualificazione	17/11/2020	16/11/2024 * durata quadriennale, attualmente in prorogatio, ancora in corso.

	professionale, per il sostegno dell'occupazione e del reddito del personale del credito, presso l'INPS. Componente in rappresentanza del MLPS. Incarico conferito con decreto 7 settembre 2020 del Ministro del lavoro e delle politiche sociali.		
MLPS	Componente del Comitato di gestione del Casellario centrale infortuni, presso l'INAIL (d.m. 8 settembre 2022, n. 153) con decorrenza dal 12 ottobre 2022.	12/10/2022	11/10/2026
MLPS - MEF	Componente supplente collegio sindaci Inps d.i. 7 novembre 2023	07/11/2023	06/11/2027
MLPS	Componente supplente e senza diritto di voto del Consiglio Nazionale del Terzo settore (dm 201 del 19/12/2024, riconferma rispetto al precedente periodo a decorrere dal dm 135 dell'11/06/2021)	19/12/2024	19/12/2027

- 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, nonché 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**, 15 luglio 2025

**Firma del dichiarante**

F.to Caterina Farre

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

Data, .....

Firma.....

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

Il/La sottoscritto/a GIORGIO OTTAVIO

GRAZIOSI.....

.....

nata a XXXXXXXXXXXXXXXX il XXXXXXXXXXXXXXXX

C.F. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

in relazione all'incarico di SINDACO SUPPLENTE INPS

.....

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dall'art. 20, comma 5, del succitato d.lgs. 39/2013, 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 vieneresa e si dichiara 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 24/7/2025 \_\_\_\_\_

Il/La Dichiarante

F.to Giorgio Ottavio Graziosi



## **MODELLO DICHIARAZIONE ELENCO INCARICHI**

(da allegare alla dichiarazione sulla insussistenza di cause di inconfiribilità 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 inconfiribilità/incompatibilità ai sensi e agli effetti del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39, il/la sottoscritto/a **GIORGIO** **OTTAVIO**

**GRAZIOSI**.....,

relativamente al conferimento dell'incarico di **SINDACO SUPPLENTE INPS** ..... , 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:

<b>ENTE/SOGGETTO CONFERENTE</b>	<b>TIPOLOGIA DI CARICA O INCARICO</b>	<b>DATA DI NOMINA E/O CONFERIMENTO DELL'INCARICO E/O ASSUNZIONE DELLA CARICA</b>	<b>TERMINE DI SCADENZA E/O CESSAZIONE</b>
SOCIETA' TRAFORO MONTE BIANCO (STMB) SPA	SINDACO Componente collegio sindacale	<b>2025</b>	2028
Fondo gestione istituti contrattuali lavoratori portuali in l.c.a.	Componente comitato di sorveglianza	<b>ND</b>	ND

- 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, nonché 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, .....**

**Firma del dichiarante**

F.to Giorgio Ottavio Graziosi

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

Data, .....

Firma.....

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

Il sottoscritto Raffaele Ieva

nato a XXXXX il XXXXXX

C.F. : XXXXXXXXXXXXX

in relazione all'incarico di membro supplente del collegio dei sindaci INPS

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dall'art. 20, comma 5, del succitato d.lgs. 39/2013, 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 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 Roma 10.07.2025

Il Dichiarante

F.to Raffaele Ieva

## MODELLO DICHIARAZIONE ELENCO INCARICHI

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

Ai fini dell'istruttoria sottesa alla verifica della sussistenza di situazioni di inconferibilità/incompatibilità ai sensi e agli effetti del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39, il sottoscritto Raffaele Ieva, relativamente al conferimento dell'incarico di membro supplente collegio sindaci INPS, 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
MLPS	Dirigente div. 2 DG Immigrazione e politiche integrazione	01/10/2023	12/06/2025
MLPS	Dirigente Ufficio legislativo	01/12/2021	30/09/2023
FIGC	Componente Commissione Premi	01/10/2021	30/06/2025 attualmente in prorogatio
MLPS	Dirigente div. 2 DG Politiche migratorie	15/06/2025	14/06/2028
MLPS	Membro supplente collegio sindaci INPS	07/11/2023	06/11/2027
MLPS	Membro Comitato vigilanza dipendenti statali, civili e militari Stato INPS	03/02/2025	02/02/2029

*In alternativa*

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

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

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

***In alternativa***

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

*L'Amministrazione informa, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché 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, 10/07/2025**

**Firma del dichiarante**

**F.to Raffaele Ieva**

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

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

Data, .....

Firma.....

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

La sottoscritta FRANCESCA PELAIA

nata a XXXXX il XXXXXXXXXXXXX

C.F. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

in relazione all'incarico di componente supplente del Collegio dei sindaci dell'INPS

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dall'art. 20, comma 5, del succitato d.lgs. 39/2013, 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 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 30/7/2025

La Dichiarante

F.to Francesca Pelaia

## **MODELLO DICHIARAZIONE ELENCO INCARICHI**

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

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

relativamente al conferimento dell'incarico di componente supplente del Collegio dei sindaci dell'INPS, 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:

<b>ENTE/SOGGETTO CONFERENTE</b>	<b>TIPOLOGIA DI CARICA O INCARICO</b>	<b>DATA DI NOMINA E/O CONFERIMENTO DELL'INCARICO E/O ASSUNZIONE DELLA CARICA</b>	<b>TERMINE DI SCADENZA E/O CESSAZIONE</b>
Ministero del lavoro e delle politiche sociali	Dirigente divisione V (Disciplina dei rapporti di lavoro e pari opportunità) – DG dei rapporti di lavoro e delle relazioni industriali	<b>15/06/2025</b>	14/06/2028
Ministro per la famiglia e le pari opportunità	Componente effettivo dell'Assemblea dell'Osservatorio nazionale per l'integrazione delle politiche per la parità di genere	<b>19/07/2022</b>	18/07/2025

Ministro delle infrastrutture e dei trasporti	Componente effettivo del Comitato centrale per l'Albo nazionale degli autotrasportatori	<b>22/12/2022</b>	21/12/2025
Ministero delle imprese e del made in Italy	Componente effettivo della Commissione centrale per le cooperative	<b>05/12/2024</b>	04/12/2027

- 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, nonché 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, 30/07/2025**

**Firma del dichiarante**

F.to Francesca Pelaia

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

Data, .....

Firma.....

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

Il sottoscritto **Lamberto Romani**,

nato a XXXX, il XXXXXXXX, C.F.: XXXXXXXXXXXXX,

in relazione all'incarico di **Componente Supplente del Collegio sindacale INPS**,

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dall'art. 20, comma 5, del succitato d.lgs. 39/2013, 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 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

**Roma, 8 settembre 2025**

Il Dichiarante

**F.to Lamberto Romani**

## MODELLO DICHIARAZIONE ELENCO INCARICHI

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

Ai fini dell'istruttoria sottesa alla verifica della sussistenza di situazioni di inconferibilità/incompatibilità ai sensi e agli effetti del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39, il/la sottoscritto **Lamberto Romani**, relativamente al conferimento dell'incarico di **Componente Supplente del Collegio sindacale INPS**,

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
C.C.I.A.A. Maremma e Tirreno	Pres. Collegio Revisori	04/02/2021	04/02/2025
Università Parma	Comp. Collegio Rev.	12/02/2021	12/02/2025
FORMEZ PA	Comp. Collegio Rev.	09/02/2022	09/02/2025

- 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

*L'Amministrazione informa, 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, che i dati conferiti con la presente dichiarazione sostitutiva saranno utilizzati in relazione allo sviluppo del procedimento amministrativo per cui essi sono specificati, nonché per gli adempimenti amministrativi ad essi conseguenti, ivi inclusa la pubblicazione dell'atto sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.*

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

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

**Roma, 8 settembre 2025**

**Firma del Dichiarante  
F.to Lamberto Romani**

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

Data, .....

Firma.....

---

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

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

La sottoscritta BARBARA SICLARI

nata a XXXXXXXXXXXX il XXXXXX

C.F. XXXXXXXX

in relazione all'incarico di Componente supplente Collegio dei sindaci INPS

presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dall'art. 20, comma 5, del succitato d.lgs. 39/2013, 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 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.

Roma 14 luglio 2025

La Dichiarante  
F.to Barbara Siclari

## **MODELLO DICHIARAZIONE ELENCO INCARICHI**

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

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

relativamente al conferimento dell'incarico di Componente supplente Collegio dei Sindaci INPS, 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:

<b>ENTE/SOGGETTO CONFERENTE</b>	<b>TIPOLOGIA DI CARICA O INCARICO</b>	<b>DATA DI NOMINA E/O CONFERIMENTO DELL'INCARICO E/O ASSUNZIONE DELLA CARICA</b>	<b>TERMINE DI SCADENZA E/O CESSAZIONE</b>
MLPS	Componente Comitato Amministratore della gestione per le prestazioni temporanee ai lavoratori dipendenti	2024	2027
MLPS	Componente supplente Collegio dei sindaci INAIL	24/09/2019	23/09/2023

#### ***In alternativa***

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

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

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

***In alternativa***

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

*L'Amministrazione informa, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, nonché 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, 14 luglio 2025**

**Firma del dichiarante**

F.to Barbara Siclari

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

Data, .....

Firma.....

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

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

Il sottoscritto dott. Francesco SOLURI, nato a XXXXXXXXX il XXXX, C.F. XXXXXXXXXXXXX,  
in relazione all'incarico di componente supplente del Collegio dei sindaci dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS), designato dal Ministro dell'economia e delle Finanze (incarico quadriennale), presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni previste dall'art. 20, comma 5, del succitato d.lgs. 39/2013, 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 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

Roma, 4 agosto 2025

Il Dichiarante  
F.to Francesco Soluri

---

## **MODELLO DICHIARAZIONE ELENCO INCARICHI**

(da allegare alla dichiarazione sulla insussistenza di cause di inconfiribilità 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 inconfiribilità/incompatibilità ai sensi e agli effetti del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39, il/la sottoscritto dott. Francesco SOLURI,

relativamente al conferimento dell'incarico di componente supplente del Collegio dei sindaci dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS), designato dal Ministro dell'economia e delle Finanze (incarico quadriennale), 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:

<b>ENTE/SOGGETTO CONFERENTE</b>	<b>TIPOLOGIA DI CARICA O INCARICO</b>	<b>DATA DI NOMINA E/O CONFERIMENTO DELL'INCARICO E/O ASSUNZIONE DELLA CARICA</b>	<b>TERMINE DI SCADENZA E/O CESSAZIONE</b>
INAIL	Sindaco supplente	<b>24/09/2019</b>	6/11/2023

- 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, nonché 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, 4 agosto 2025**

**Firma del dichiarante**

**F.to Francesco SOLURI**

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

Data, .....

Firma.....

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' SULLA INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA'

ai sensi del D.lgs. n. 39 dell'8 aprile 2013

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_

in relazione all'incarico di \_\_\_\_\_

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 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.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Il/La Dichiarante



### **In alternativa**

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

*L'Amministrazione informa, ai sensi del d.lgs. n. 196 del 2003, che i dati conferiti con la presente dichiarazione sostitutiva saranno utilizzati in relazione allo sviluppo del procedimento amministrativo per cui essi sono specificati, nonché per gli adempimenti amministrativi ad essi conseguenti, ivi inclusa la pubblicazione dell'atto sul sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.*

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

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

Data \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_

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

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Firma

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_