Il/La sottoscritto/aCAMILLA BERNABEI
nato aXXXilXXXX
C.FXXX
in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la CAMPANIA,
presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzion 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 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 su sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, de d.lgs. n. 39/2013.
Luogo e data
Napoli 27/07/21 La Dichiarante

f.to Camilla Bernabei

Il/La sottoscritto/a CAMILLA BERNABEI .	
nato aXXXX i	1XXXX
C.FXXXX	
in relazione all'incarico di componente del Comi	itato regionale INPS per la CAMPANIA,
previste dall'art. 20, comma 5, del succitato d.l	gs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzioni gs. n. 39/2013, nonché delle sanzioni penali in caso ecadenza dai benefici conseguenti al provvedimento . 445/2000), sotto la propria responsabilità
DIC	HIARA
che non sussistono cause di incompatibilità di c lo svolgimento dell'incarico.	ui al decreto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per
	e la presente dichiarazione, per espresso disposto omunicare tempestivamente eventuali variazioni che to dell'incarico.
2016/679, nonché delle disposizioni di cui al de protezione dei dati personali raccolti e, in pa strumenti informatici, esclusivamente per le fina	stato informato ai sensi del Regolamento (UE) creto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla rticolare, che tali dati saranno trattati, anche con alità per le quali la presente dichiarazione viene resa pubblicata sul sito istituzionale del Ministero del 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.
Luogo e data	
27/09/21	La Dichiarante

f.to Camilla Bernabei

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 verifica della dell'istruttoria sottesa alla sussistenza di situazioni di inconferibilità/incompatibilità ai sensi e agli effetti del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39, il/la sottoscritto/a... CAMILLA BERNABEI relativamente al conferimento dell'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la CAMPANIA, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, D.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

- ➢ di NON rivestire né di aver rivestito nei due anni precedenti altre cariche presso enti pubblici o privati e di NON svolgere né di aver svolto nei due anni precedenti altri incarichi con oneri a carico della finanza pubblica
- di NON aver riportato condanne per uno dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro II del Codice Penale.

L'Amministrazione informa, ai sensi del 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.

	f.to Camilla Bernabei
Osservazioni e/o riliev	ri dell'organo conferente l'incarico
Data,	Firma

Data,

Firma del dichiarante

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

SULLA INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI, ANCHE POTENZIALI, DI CONFLITTO DI INTERESSE

II/La sottoscritto/a CAMILLA BERN	IABEI
nato aXXXX	. ilXXXX
C.FXXXX	

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la CAMPANIA, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, d.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

- di non 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 Napoli 27/07/21 Il/La Dichiarante f.to Camilla Bernabei

Il/La sottoscritto/a SAVIO LUIGI
nato aXXX
C.FXXX
in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la CAMPANIA,
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 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 27/09/2021
Il/La Dichiarante

f.to Luigi Savio

II/La sottoscritto/aSAVIO LUIGI	
nato aXXX	ilXXX
C.FXXX	

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la CAMPANIA,

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/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, 27/09/2021

Il/La Dichiarante

f.to Luigi Savio

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
inco	nferibil	ità/incompatibilità	à ai sensi	e agli	effetti del	decreto	legislativo 8	aprile	2013 n. 39,	il/la
sotto	scritto/	aSAVIO LU	IGI						•••••	
rela	tivameı	nte al conferimer	nto dell'in	carico	di compo	nente de	el Comitato	regiona	ale INPS pe	r la
CAN	/IPANI	A, consapevole de	elle sanzio	ni prev	viste dall'a	rt. 76 de	l Testo Unico	, D.P.1	R. 28/12/200	00 n.
445,	e dell	a decadenza dei	benefici	previst	a dall'art.	75 del	medesimo T	esto u	nico in caso	o di
dichi	arazio	ni false o mendaci	, sotto la p	oropria	personale	responsa	ıbilità			

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
SPI CGIL	SEGRETARIO	9/03/2019	9/03/2023

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

Data,	Firma
Osservazioni e/o rili	evi dell'organo conferente l'incarico
	f.to Luigi Savio
Data, 27/09/2021	Firma del dichiarante
Si allega copia di un documento di rico	onoscimento in corso di validità del sottoscrittore.
presente dichiarazione.	à di verificare la veridicità delle informazioni contenute nella
Ministero del Lavoro e delle Politiche	
cui al decreto legislativo 10 agosto 20 dati conferiti con la presente dichiara del procedimento amministrativo pe amministrativi ad essi conseguenti, iv	lel 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 r cui essi sono specificati, nonché per gli adempimenti i inclusa la pubblicazione dell'atto sul sito istituzionale del
del Codice Penale.	
di NON aver riportato condanne	e per uno dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro II
In alternativa	
•	ndanne, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno Titolo II del Libro II del Codice Penale ¹ :
di aver riportato le seguenti con	ndanne anche con centenza non passata in giudicato, por 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

II/La sottoscritto/aSAV	′10 LUIGI		
nato aXXX	il	XXX	
C.FXXX			

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la CAMPANIA, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, d.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

- di non 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 27/09/2021 NAPOLI

Il/La sottoscritto/a FOLLO ANTONIO

nato a XXXXX il XXXXX

C.F. XXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la CAMPANIA,

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 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 NAPOLI, 13/09/2021

Il/La Dichiarante
f.to Antonio Follo

Il/La sottoscritto/a FOLLO ANTONIO

nato a XXXX il XXXX

C.F. XXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la CAMPANIA,

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/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>NAPOLI, 13/09/2021</u>	Il/La Dichiarante
	f.to Antonio Follo

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 FOLLO ANTONIO,

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

DICHIARA

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

ENTE/SOGGETTO CONFERENTE	TIPOLOGIA DI CARICA O INCARICO	DATA DI NOMINA E/O CONFERIMENTO DELL'INCARICO E/O ASSUNZIONE DELLA CARICA	TERMINE DI SCADENZA E/O CESSAZIONE
INPS	PRESIDENTE CP BENEVENTO	18/05/2016	APRILE 2021

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

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 cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla p dati conferiti con la presente dichiarazione sostitutiva saranno i del procedimento amministrativo per cui essi sono specifica amministrativi ad essi conseguenti, ivi inclusa la pubblicazione Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.	protezione dei dati personali, che i utilizzati in relazione allo sviluppo ati, nonché per gli adempimenti
L'Amministrazione si riserva la facoltà di verificare la veridicità presente dichiarazione.	delle informazioni contenute nella
Si allega copia di un documento di riconoscimento in corso di val	idità del sottoscrittore.
Data, 13/09/2021 Firms	a del dichiarante
f.to	Antonio Follo
Osservazioni e/o rilievi dell'organo con	ferente l'incarico
Data, Firma.	

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

² 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 FOLLO ANTONIO

nato a XXXX il XXXXX

C.F. XXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la CAMPANIA,

consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, d.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della

decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o

mendaci, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

• di non 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 NAPOLI, 13/09/2021

Il/La Dichiarante

f.to Antonio Follo

Il/La sottoscritto/a VARRIALE ADRIANO

nato a XXXX il XXXX

C.F. XXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la CAMPANIA,

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 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 NAPOLI, 13/09/2021

Il/La Dichiarante
f.to Adriano Varriale

Il/La sottoscritto/a VARRIALE ADRIANO

nato a XXXXX il XXXX

C.F. XXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la CAMPANIA,

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/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 NAPOLI, 13/09/2021

Il/La Dichiarante

f.to Adriano Varriale

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 VARRIALE ADRIANO,

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

DICHIARA

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

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

In alternativa

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

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, 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, 13/09/2021 Firma del dichiarante f.to Adriano Varriale Osservazioni e/o rilievi dell'organo conferente l'incarico	dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del	Libro II del Codice Penale ³ :
In alternativa In alternativa id essi care in alternativa in east on specificari. In alternativa in east on specificari		
Minor Norma	-	
Minor Norma		
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, 13/09/2021 Firma del dichiarante f.to Adriano Varriale Osservazioni e/o rilievi dell'organo conferente l'incarico	In alternativa	
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, 13/09/2021 Firma del dichiarante f.to Adriano Varriale Osservazioni e/o rilievi dell'organo conferente l'incarico	di NON aver riportato condanne per uno dei	reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro II
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, 13/09/2021 Firma del dichiarante f.to Adriano Varriale Osservazioni e/o rilievi dell'organo conferente l'incarico	del Codice Penale.	
Si allega copia di un documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore. Data, 13/09/2021 Firma del dichiarante f.to Adriano Varriale Osservazioni e/o rilievi dell'organo conferente l'incarico	cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, dati conferiti con la presente dichiarazione sostitui del procedimento amministrativo per cui essi s amministrativi ad essi conseguenti, ivi inclusa la	relativi alla protezione dei dati personali, che i tiva saranno utilizzati in relazione allo sviluppo sono specificati, nonché per gli adempimenti
Data, 13/09/2021 Firma del dichiarante f.to Adriano Varriale Osservazioni e/o rilievi dell'organo conferente l'incarico	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	e la veridicità delle informazioni contenute nella
f.to Adriano Varriale Osservazioni e/o rilievi dell'organo conferente l'incarico	Si allega copia di un documento di riconoscimento i	in corso di validità del sottoscrittore.
Osservazioni e/o rilievi dell'organo conferente l'incarico	Data, 13/09/2021	Firma del dichiarante
		f.to Adriano Varriale
Data,	Osservazioni e/o rilievi dell'o	rgano conferente l'incarico
Data,		
Data, Firma		Ε.
	Data,	Firma

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

³ 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

II/La sottoscritto/a VARRIALE ADRIANO

nato a XXXX il XXXXX

C.F. XXXXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la CAMPANIA,

consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, d.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della

decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o

mendaci, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

• di non 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 NAPOLI, 13/09/2021

Il/La Dichiarante

f.to Adriano Varriale

II/La sottoscritto/aPETTRONE PIETRO	
nato ailil	XXX
C.FXXXX	
in relazione all'incarico di componente del Comitato regi	ionale INPS per la CAMPANIA,
presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 apri previste dall'art. 20, comma 5, del succitato d.lgs. n. 39 di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza emanato (ai sensi degli artt. 75 e 76 del d.P.R. n. 445/200	/2013, nonché delle sanzioni penali in caso dai benefici conseguenti al provvedimento
DICHIARA	Λ
che non sussistono cause di inconferibilità di cui al decre svolgimento dell'incarico.	eto legislativo n. 39 dell'8 aprile 2013 per lo
Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere consapevol costituisce condizione legale di efficacia del provvedime stato informato ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi alla protezione che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informato il presente dichiarazione viene resa; di essere con sito istituzionale del Ministero del Lavoro e delle Poli d.lgs. n. 39/2013.	ento di conferimento dell'incarico; di essere de nonché delle disposizioni di cui al decreto de dei dati personali raccolti e, in particolare, matici, esclusivamente per le finalità per le asapevole che la stessa verrà pubblicata sul
Luogo e data, CASERTA 20/9/2021	Il/La Dichiarante
	f.to Pietro Pettrone

II/La sottoscritto/a PETTRONE PIETRO
nato aXXXX
C.FXXX
in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la CAMPANIA,
presa visione della normativa introdotta dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e consapevole delle sanzion 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/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 de Lavoro e delle Politiche Sociali ai sensi dell'art. 20 c. 3, del d.lgs. n. 39/2013.
Luogo e data, CASERTA 20/9/2021 II/La Dichiarante

f.to Pietro Pettrone

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)

Αi fini dell'istruttoria alla verifica della sussistenza situazioni sottesa di di inconferibilità/incompatibilità ai sensi e agli effetti del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39, il/la sottoscritto/a...PETTRONE PIETRO nato a XXXX il XXXX......, relativamente al conferimento dell'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la CAMPANIA, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, D.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

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

ENTE/SOGGETTO CONFERENTE	TIPOLOGIA DI CARICA O INCARICO	DATA DI NOMINA E/O CONFERIMENTO DELL'INCARICO E/O ASSUNZIONE DELLA CARICA	TERMINE DI SCADENZA E/O CESSAZIONE
UIL CASERTA	SEGR. ORG.VO	13/11/2001	
CSI UIL SRL	PRESIDENTE CDA	26/5/2021	26/5/2024
INPS	PRESIDENTE COMITATO REGIONALE	2/10/2017	2/10/2021

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

In alternativa	
di NON aver riportato condanne	e per uno dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro
del Codice Penale.	
cui al decreto legislativo 10 agosto 20 dati conferiti con la presente dichiaraz del procedimento amministrativo per	el Regolamento (UE) 2016/679, nonchè delle disposizioni d 018, n. 101, relativi alla protezione dei dati personali, che zione sostitutiva saranno utilizzati in relazione allo sviluppo r cui essi sono specificati, nonché per gli adempiment i inclusa la pubblicazione dell'atto sul sito istituzionale de Sociali.
L'Amministrazione si riserva la facoltà presente dichiarazione.	à di verificare la veridicità delle informazioni contenute nella
Si allega copia di un documento di rico	noscimento in corso di validità del sottoscrittore.
Data, 20/9/2021	Firma del dichiarante
	f.to Pietro Pettrone
Osservazioni e/o rilie	evi dell'organo conferente l'incarico

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

dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro II del Codice Penale⁴:

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

I]/]	La sottoscri	itto/a Pl	ET7	TRONE PIETI	RO.					• • • •	
na	to a	.XXXX			i	1X	XX				• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •
C.	FXX	X		• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •		•••					
in	relazione	all'incarico	di	componente	del	Comitato	regionale	INPS	per	la	CAMPANI

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la CAMPANIA, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, d.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

- di non 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 CASERTA/ 20-9-2021

Il/La Dichiarante f.to Pietro Pettrone

Il sottoscritto Ciavatta Narciso nato a XXXX il XXXXX – C.F. XXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la CAMPANIA,

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 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.

Marano, <u>14/09/2021</u>

Il Dichiarante

f.to Narciso Ciavatta

Il sottoscritto Ciavatta Narciso nato a XXXXX il XXXX – C.F. XXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la CAMPANIA,

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/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 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.

Marano, 14/09/2021

Il Dichiarante

f.to Narciso Ciavatta

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 Ciavatta Narciso,

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

DICHIARA

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

ENTE/SOGGETTO CONFERENTE	TIPOLOGIA DI CARICA O INCARICO	DATA DI NOMINA E/O CONFERIMENTO DELL'INCARICO E/O ASSUNZIONE DELLA CARICA	TERMINE DI SCADENZA E/O CESSAZIONE
CONAPI	Responsabile	GENNAIO 2019	FEBBRAIO 2020
CAMPANIA	amministrativo		
F.M.P.I	Responsabile	FEBBRAIO 2020	A tutt'oggi
CAMPANIA	amministrativo		

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

In alternativa	
di NON aver riportato condanne per uno dei reati p	revisti dal Capo I del Titolo II del Libro II
del Codice Penale.	
L'Amministrazione informa, ai sensi del Regolamento (Un cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, relativi dati conferiti con la presente dichiarazione sostitutiva sai del procedimento amministrativo per cui essi sono si amministrativi ad essi conseguenti, ivi inclusa la pubblic Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.	alla protezione dei dati personali, che i ranno utilizzati in relazione allo sviluppo pecificati, nonché per gli adempimenti
L'Amministrazione si riserva la facoltà di verificare la ver presente dichiarazione.	ridicità delle informazioni contenute nella
Si allega copia di un documento di riconoscimento in corso	o di validità del sottoscrittore.
Marano, 14/09/2021	
	Firma del dichiarante
	f.to Narciso Ciavatta
Osservazioni e/o rilievi dell'organo	o conferente l'incarico
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 Penale⁵:

⁵ 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 Ciavatta Narciso nato a XXXX il XXXXX – C.F. XXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la CAMPANIA, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, d.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

- di non 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.

Marano, 14/09/2021

Il Dichiarante f.to Narciso Ciavatta nato a

Il/La sottoscritto/a ERMANNO SCOGNAMIGLIO

XXXX

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

il ...XXXX.....

f.to Ermanno Scognamiglio

C.FXXXXX
in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la CAMPANIA,
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 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 NAPOLI, 15/09/2021 Il/La Dichiarante

Il/La sottoscritto/aERMANNO SCOGNAMIGLIO
nato aXXXX ilXXXX
C.F XXXXX
in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la CAMPANIA,
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/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 15/09/2021 II/La Dichiarante
f.to Ermanno Scognamiglio

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	ı di	situazioni	di
inco	nferibil	ità/incompatibilit	à ai sensi	e agli	effetti del	decreto	legislativo 8	aprile	2013 n. 39,	il/la
sotto	scritto	aERMANNO	SCOGNA	MIGLI	O				,	
rela	tivame	nte al conferimen	nto dell'in	carico	di compo	nente de	el Comitato	region	ale INPS pe	r la
CAN	1PANI	A, consapevole d	elle sanzio	oni prev	viste dall'a	rt. 76 de	l Testo Unico	o, D.P.	R. 28/12/200	00 n.
445,	e dell	a decadenza dei	benefici	previst	a dall'art.	75 del	medesimo 7	Γesto υ	nico in caso	o di
dich	arazio	ni false o mendaci	i, sotto la p	oropria	personale	responsa	abilità			

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
CIDA	Rapp. Comitato	22/02/2017	02/10/2021
	Reg. INPS		
CIMO	Vicesegretario	28/06/2017	31/12/2021
	regionale vicario		
CIMO	Componente Direz.	24/09/2017	08/10/2021
	Nazionale		
CIMO	Commissario ASL	05/09/2019	31/12/2021
	Napoli 1 Centro		

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 L	ibro II del Codice Penale ⁶ :
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 Regolament cui al decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, re dati conferiti con la presente dichiarazione sostitutiv del procedimento amministrativo per cui essi so amministrativi ad essi conseguenti, ivi inclusa la pre Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.	lativi alla protezione dei dati personali, che i va saranno utilizzati in relazione allo sviluppo no specificati, nonché per gli adempimenti
L'Amministrazione si riserva la facoltà di verificare presente dichiarazione.	la veridicità delle informazioni contenute nella
Si allega copia di un documento di riconoscimento in	corso di validità del sottoscrittore.
Data, Napoli, 15/09/2021	Firma del dichiarante
	f.to Ermanno Scognamiglio
Osservazioni e/o rilievi dell'or	gano conferente l'incarico
Data,	Firma

⁶ 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/aER	RMANNO SCOGNAN	MIGLIO	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •
nato aXXXX	i1	XXXX	•••••
C.F XXXX	•••••		

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la CAMPANIA, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, d.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

- di non 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 NAPOLI, 15/09/2021

Il/La Dichiarante f.to Ermanno Scognamiglio

Il/La sottoscritto/a Dr. Giorgio Volpe

nato a XXX il XXXX

C.F.: XXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la CAMPANIA,

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 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.

Napoli, 8 settembre 2021

Il/La Dichiarante

f.to Dr. Giorgio Volpe

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 Dr. Giorgio Volpe..

nato a XXX il XXX

C.F. XXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la CAMPANIA,

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/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.

Napoli, 8 settembre 2021

Il/La Dichiarante

f.to Dr. Giorgio Volpe

(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 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 Dr. GIORGIO VOLPE, relativamente al conferimento dell'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la CAMPANIA, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, D.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

- ➢ di NON rivestire né di aver rivestito nei due anni precedenti altre cariche presso enti pubblici o privati e di NON svolgere né di aver svolto nei due anni precedenti altri incarichi con oneri a carico della finanza pubblica
- ➢ di NON aver riportato condanne per uno dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro II del Codice Penale.

L'Amministrazione informa, ai sensi del 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, 8 settembre 2021

Firma del dichiarante

f.to Dr. Giorgio Volpe

Ossarvaziani ala riliavi dall'argana conforenta l'incarica		
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/La sottoscritto/a ... VOLPE GIORGIO

nato a XXXX il XXXX

C.F.: XXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la CAMPANIA,

consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, d.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della

decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o

mendaci, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

• di non 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.

Napoli, 8 settembre 2021

Il/La Dichiarante

f.to Dr. Giorgio Volpe

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 Lucio Sindaco nato a XXXX il XXXXX – C.F. XXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la CAMPANIA,

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 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

Napoli, 15.09.2021

Il Dichiarante

f.to Lucio Sindaco

Allegato 2)

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 Lucio Sindaco nato a XXXXX il XXXX – C.F. XXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la CAMPANIA,

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/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 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

Napoli, 15.09.2021

Il Dichiarante

f.to Lucio Sindaco

(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 Lucio Sindaco nato a XXXXX il XXXX – C.F. XXXX,

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

DICHIARA

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

ENTE/SOGGETTO CONFERENTE	TIPOLOGIA DI CARICA O INCARICO	DATA DI NOMINA E/O CONFERIMENTO DELL'INCARICO E/O ASSUNZIONE DELLA CARICA	TERMINE DI SCADENZA E/O CESSAZIONE
S.AP. NA.SPA	INCARICO PROFESSIONALE	22/08/2019	09/09/2019
MOSTRA D'OLTREMARE SPA	INCARICO PROFESSIONALE	19/01/2021	03/03/2021
MOSTRA D'OLTREMARE SPA	INCARICO PROFESSIONALE	22/07/2021	31/12/2021

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

In alternativa		
di NON aver riportato condanne per uno o	lei 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 essi	nento (UE) 2016/679, nonchè delle disposizioni di l, relativi alla protezione dei dati personali, che i tutiva saranno utilizzati in relazione allo sviluppo sono specificati, nonché per gli adempimenti a pubblicazione dell'atto sul sito istituzionale del	
L'Amministrazione si riserva la facoltà di verificare la veridicità delle informazioni contenute nella presente dichiarazione.		
Si allega copia di un documento di riconosciment	o in corso di validità del sottoscrittore.	
Napoli 15.09.2021	Firma del dichiarante	
	f.to Lucio Sindaco	
Osservazioni e/o rilievi dell'	organo conferente l'incarico	
Osservazioni e/o rilievi dell' 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 Penale⁷:

 $^{^{7}}$ 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

II/La sottoscritto/a Lucio Sindaco)			
nato aXXX	. il	XXX	 	
C.FXXX				

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la CAMPANIA, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, d.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

- di non 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 Napoli, 15.09.2021

Il/La Dichiarante f.to Lucio Sindaco

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 SALVATORE LOFFREDA

nato a XXXX il XXXX

C.F. XXXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la CAMPANIA,

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 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 Napoli 22 settembre 21

Il/La Dichiarante f.to Salvatore Loffreda

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 SALVATORE LOFFREDA

nato a XXX il XXX

C.F. XXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la CAMPANIA,

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/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 Napoli 22 settembre 21

Il/La Dichiarante f.to Salvatore Loffreda

(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 SALVATORE LOFFREDA,

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

DICHIARA

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

ENTE/SOGGETTO CONFERENTE	TIPOLOGIA DI CARICA O INCARICO	DATA DI NOMINA E/O CONFERIMENTO DELL'INCARICO E/O ASSUNZIONE DELLA CARICA	TERMINE DI SCADENZA E/O CESSAZIONE
CCIAA NAPOLI	Membro di Giunta	Marzo 2017	In carica
UNIONCAMERE	Membro di Giunta	Gennaio 2019	In carica
ELAION S.r.l.	Membro CdA	Marzo 2016	In carica
CONSDABI	Membro CdA	Settembre 2017	In carica

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	del Libro II del Codice Penale":
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 sos del procedimento amministrativo per cui es.	amento (UE) 2016/679, nonchè delle disposizioni di 01, relativi alla protezione dei dati personali, che i titutiva saranno utilizzati in relazione allo sviluppo si sono specificati, nonché per gli adempimenti la pubblicazione dell'atto sul sito istituzionale del
L'Amministrazione si riserva la facoltà di verifi presente dichiarazione.	care la veridicità delle informazioni contenute nella
Si allega copia di un documento di riconoscimen	nto in corso di validità del sottoscrittore.
Data, Napoli 22 Settembre 2021	Firma del dichiarante
	f.to Salvatore Loffreda
Osservazioni e/o rilievi dell	l'organo conferente l'incarico
Data,	Firma

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

⁸ 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 SALVATORE LOFFREDA

nato a XXX il XXX

C.F. XXX

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la CAMPANIA, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, d.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

• di non 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 Napoli 22 settembre 21

Il/La Dichiarante f.to Salvatore Loffreda

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 PAOLUCCI MARIANO, nato a XXX il XXXX – C.F.: XXX-in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la CAMPANIA,

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 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.

Napoli, lì 13.09.2021

Il Dichiarante

f.to Mariano Paolucci

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 PAOLUCCI MARIANO, nato a XXX il XXXX – C.F.: XXXX - in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la CAMPANIA,

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/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.

Napoli, lì 13.09.2021

Il Dichiarante

f.to Mariano Paolucci

(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)

fini verifica Αi dell'istruttoria alla della sussistenza di situazioni di sottesa inconferibilità/incompatibilità ai sensi e agli effetti del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39, Il il sottoscritto PAOLUCCI MARIANO, nato a XXXX XXXX C.F.: XXXXrelativamente al conferimento dell'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la CAMPANIA, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, D.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

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

ENTE/SOGGETTO CONFERENTE	TIPOLOGIA DI CARICA O INCARICO	DATA DI NOMINA E/O CONFERIMENTO DELL'INCARICO E/O ASSUNZIONE DELLA CARICA	TERMINE DI SCADENZA E/O CESSAZIONE
Ministero del Lavoro – DTL Napoli	Componente Commissione di Conciliazione art.31, legge 183/2010	Decreto Direttoriale – DTL Napoli n. 28 09.11.2020	In carica
Ministero del Lavoro – INPS Regione Campania	Componente comitato regionale INPS della Campania	Decreto Interministeriale 01/07/2017	In carica fino alla data della scadenza – settembre 2021
CLAAI FORM – Ente Associativo di Formazione Studio e Ricerca	Presidente del Consiglio Direttivo	11/03/1999	In carica
CLAAI CAMPANIA	Componente del Consiglio Direttivo	02/10/1997	In carica
CLAAI NAPOLI	Componente del Consiglio Direttivo	25/11/2003	In carica
Agenzia delle Entrate della Campania	Componente Osservatorio regionale degli Studi di settore	20/12/2007 – Provvedimento n. 376/2007	In carica
EBAC – Ente Bilaterale Artigianato Campania	Componente del Comitato di Gestione	Ottobre 2015	Luglio 2016
Confidi del Mezzogiorno SCARL	Componente del collegio Sindacale	18/10/2011	Novembre 2019
Creditart Confidi Scarl	Componente del CDA e funzioni di revisore	29/04/2011	In carica
Prefettura di Napoli	Consulente tecnico	10/02/2021	In carica

➤ 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.

13.09.2021

Firma del dichiarante

f.to Mariano Paolucci

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 PAOLUCCI MARIANO, nato a XXXX il XXXX - C.F.: XXXXX -

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la CAMPANIA,

consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, d.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della

decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o

mendaci, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

• di non 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.

Napoli, lì 13.09.2021

Il Dichiarante

f.to Mariano Paolucci

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 Dario Ciccarelli, nato a XXX il XXXX, CF XXXX,

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la CAMPANIA,

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 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.

Napoli, 2 novembre 2021

Il/La Dichiarante

f.to Dario Ciccarelli

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 Dario Ciccarelli, nato a XXX il XXXX, CF XXXX,

in relazione all'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la CAMPANIA,

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/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.

Napoli, 2 novembre 2021

Il/La Dichiarante

f.to Dario Ciccarelli

(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 verifica della sussistenza sottesa alla di situazioni di inconferibilità/incompatibilità ai sensi e agli effetti del decreto legislativo 8 aprile 2013 n. 39, il/la sottoscritto/a... Dario Ciccarelli, relativamente al conferimento dell'incarico di componente del Comitato regionale INPS per la CAMPANIA, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo Unico, D.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

- ➢ di NON rivestire né di aver rivestito nei due anni precedenti altre cariche presso enti pubblici o privati e di NON svolgere né di aver svolto nei due anni precedenti altri incarichi con oneri a carico della finanza pubblica
- ➤ di NON aver riportato condanne per uno dei reati previsti dal Capo I del Titolo II del Libro II del Codice Penale.

L'Amministrazione informa, ai sensi del 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.

Napoli, 2 novembre 2021

Firma del dichiarante

f.to Dario Ciccarelli

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