

DICHIARAZIONE SULL'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' E DI INCOMPATIBILITA' DI CUI
ALL'ARTICOLO 20, COMMA 1, DEL DECRETO LEGISLATIVO 8 APRILE 2013, N. 39

Il/La sottoscritto/a ALBERTO TORRES nato/a 12/01/1974
12/01/1974 il 28/11/2016 in relazione all'incarico di
STAFF DEL COLLABORATORE

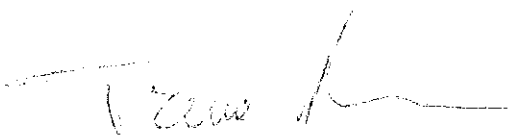
Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabili dalla legge per le false attestazioni e dichiarazioni mendaci (artt. 75 e 76 D.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Di non incorrere in alcuna delle cause di inconferibilità e di incompatibilità previste dal decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39.

Il/La sottoscritto/a si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rendere, nel caso, una nuova dichiarazione sostitutiva.

La presente dichiarazione è resa ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 20 del citato decreto legislativo n. 39/2013.



Cognome **TREZZA**
 Nome **ALFONSO**
 nato il **8/11/1956**
 (atto n. **176** **I** **A**)
 a **P. S.**
VIETRI SUL MARE(SA)
 Cittadinanza **ITALIANA**
 Residenza **Vietri sul Mare**
 Via **VIA G. MAZZINI n. 54**
 Stato civile **coniugato**
 Professione **IMPIEGATO**

CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI

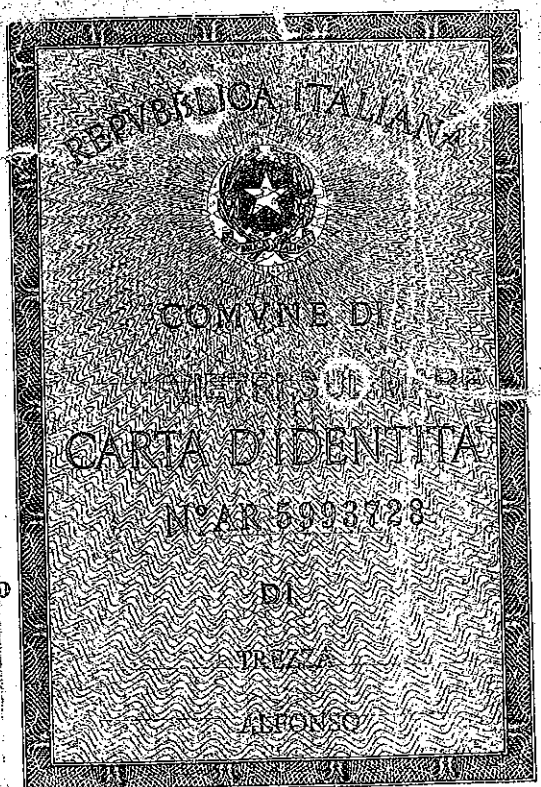
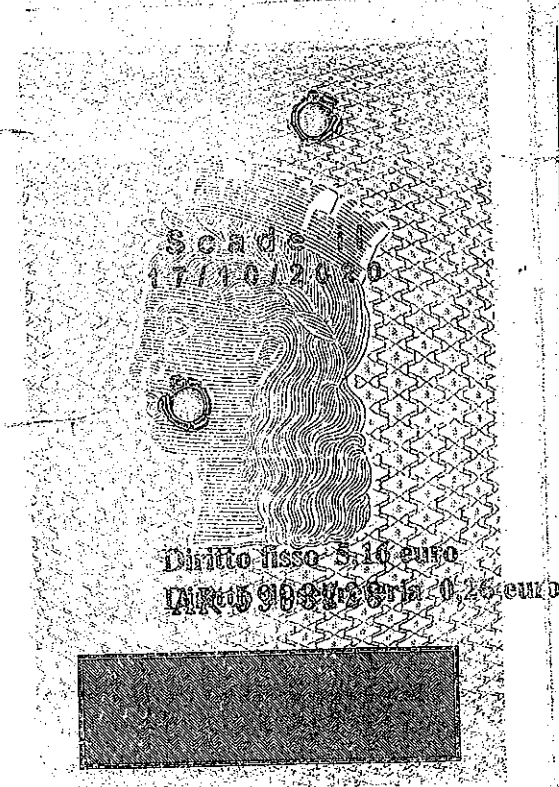
Statura **170**
 Capelli **BRIZZOLATI**
 Occhi **CASTANI**
 Segni particolari



Firma del titolare
VIETRI SUL MARE **18/10/2010**

UFFICIALE DI SINDACO CIVILE
 D'ANAGRAFE DELEGATO

Impronta del dito
 indice sinistro



TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA



IT

TREZZA

ALFONSO 08/11/1956

TRZLNS56S08L8601 SSN-MIN SALUTE - 500001

80380001500168812292 28/07/2021

REPUBBLICA ITALIANA

TESSERA SANITARIA

CARTA REGIONALE DEI SERVIZI

CARTA NAZIONALE DEI SERVIZI



Codice Fiscale: **TRZLNS56S08L8601** Sesso: **M**

Cognome: **TREZZA**

Nome: **ALFONSO**

Luogo di nascita: **VIETRI SUL MARE**

Data di scadenza: **28/07/2021** Provincia: **SA**

Data di nascita: **08/11/1956**

Dati sanitari regionali

