

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
(Art. 46 e 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

All. 2

Il/La sottoscritto/a BURI MARIA ROSARIA
(cognome) (nome)
nato/a a [REDACTED] (S) il 26-09-1953
(luogo di nascita) (data di nascita)
residente a [REDACTED] (LE)
(luogo) (prov.)
in Via [REDACTED] n. [REDACTED]
(indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

ai sensi del D.Lgs. n. 33/2013 - art. 15 [Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi dirigenziali e di collaborazione o consulenza] comma 1 lett. c [... le pubbliche amministrazioni pubblicano e aggiornano le seguenti informazioni ... dati relativi allo svolgimento di incarichi o la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o lo svolgimento di attività professionale]

di non avere avere incarichi o la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione;

di non svolgere svolgere attività professionali;

(specificare di seguito eventuali incarichi o cariche ricoperti o attività professionali svolte)

INTERPRETE DI CONFERENZA / TRADUTTRICE

Dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

[Signature] 30-09-2020
(luogo, data)

Il Dichiarante

[Signature]

(..) Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato/a in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia di un documento di identità del dichiarante.

WINDSORIA

[Redacted text]

NOTICE

At Windsor, Ontario, Canada, this 15th day of August, 1981, I, the undersigned, being a duly qualified and licensed medical practitioner, do hereby certify that the above-named patient is suffering from the disease of [Redacted]

WINDSOR, ONTARIO

[Redacted signature]

[Redacted text]