

Alla Società della Salute Fiorentina Nord Ovest

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AI SENSI DELL'ART. 14, COMMA 1, LETT. F) DEL D.LGS. 33/2013

Il sottoscritto PAOLA CIARRAM

nato a FIRENZE il 18.5.1954 C.F. _____

in qualità di Direttore/ Dirigente/ P.O. con deleghe , della Società della Salute Fiorentina Nord Ovest

DICHIARA

che la situazione patrimoniale dell'anno **2015** è la seguente:

FABBRICATI			
Natura del diritto*	Descrizione immobile	Ubicazione	Quota di proprietà
1 PROPRIETA'	IMM. CIVILE ABITAZIONE	PISTOIA	100
2 PROPRIETA'	AUTORINESA	PISTOIA	100
3 NUDA PROPRIETA'	IMM. CIV. ABITAZIONE	PISTOIA	33,33
4 NUDA PROPRIETA'	AUTORINESA	PISTOIA	33,33
5 PROPRIETA'	IMM. CIVILE ABITAZIONE	LOC IANO-PISTOIA	25
6 PROPRIETA'	IMM. CIV. ABITAZIONE	FIRENZE	33,33
7 PROPRIETA'	AUTORINESA	FIRENZE	33,33

TERRENI			
Natura del diritto*	Descrizione immobile	Ubicazione	Quota di proprietà
1 PROPRIETA'	BOSSO CEDUO	LOC. IANO - PISTOIA	25
2			
3			
4			
5			

6
7

* Specificare se proprietà, comproprietà, usufrutto, ecc...

PARTECIPAZIONI SOCIETARIE/OBBLIGAZIONI/TITOLI DI STATO/ALTRE UTILITÀ FINANZIARIE				
	Ragione sociale	Numero Azioni	Valore Nominale	Note
1				
2				
3				
4				
5				

BENI MOBILI REGISTRATI			
	Modello	Anno immatricolazione	Note
1	FORD BMAX	2012	
2			
3			
4			
5			

Il sottoscritto dichiara che:

- il coniuge non separato Consente Non consente
- il/i figlio/figli Consentono Non consentono
- i parenti entro il secondo grado Consentono Non consentono

a fornire le informazioni e dichiarazioni riguardanti la propria situazione reddituale e patrimoniale

La presente dichiarazione viene resa ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000 e nella piena accettazione delle sanzioni previste dal successivo art. 76, nel caso di dichiarazioni mendaci.

Il sottoscritto si dichiara edotto del fatto che la presente dichiarazione viene resa in adempimento della previsione di cui all'art. 14 comma 1 lett. f) del D.Lgs. 33/2013 e per le finalità in esso previste.

Data 12 12 2016

Firma Paolo Cifari

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART.13 DEL D.Lgs. 196/2003

Il sottoscritto _____

Dichiara di essere informato che:

- Titolare del trattamento è Società della Salute Fiorentina Nordovest, nella Persona del Presidente pro tempore
- I dati raccolti attraverso la compilazione del presente modello e contenuti nei documenti in esso allegati, vengono trattati per le finalità connesse all'adempimento degli obblighi di pubblicità di cui all'art.14 comma 1, lett. c) d) e) del D. Lgs. 33/2013.
- I dati saranno pubblicati sul sito istituzionale dell'ente.
- I dati forniti verranno trattati sia utilizzando mezzi elettronici o comunque automatizzati, sia mezzi cartacei.

Data 12 12 2016

Firma Paolo Cifari