

Alla Società della Salute Fiorentina Nord Ovest

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

Il sottoscritto ROSSENA BARDINInato a FUCECCHIO il 16/06/1961in qualità di : ☐ Presidente ☒ Componente Assemblea ☒ Componente Giunta

DICHIARA

- 1) che la **situazione reddituale relativa all'anno 2015** è quella risultante dalla copia della dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche allegata alla presente
- 2) che la **situazione patrimoniale dell'anno 2015** è la seguente:

FABBRICATI				
	Natura del diritto*	Descrizione immobile	Ubicazione	Quota di proprietà
1	50% PROPRIETÀ	ABITAZIONE	VIA CEVINI 7	50%
2				
3				
4				
5				
6				
7				

TERRENI				
	Natura del diritto*	Descrizione immobile	Ubicazione	Quota di proprietà
1				
2				
3				
4				

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

BENI MOBILI REGISTRATI		
Modello	Anno immatricolazione	Note
1	C3 CITROEN	2015
2		
3		
4		
5		

3) Di aver detenuto nell'anno 2015 le seguenti :

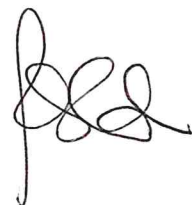
AZIONI E QUOTE DI PARTECIPAZIONE IN SOCIETA'	
1	
2	
3	
4	

4) Di aver esercitato, nel corso dell'anno 2015 le seguenti :

FUNZIONI DI AMMINISTRATORE O SINDACO DI SOCIETA'	
1	
2	
3	
4	

Sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero

FIRMA



Il sottoscritto dichiara inoltre che:

- il coniuge non separato :

nome e cognome

TURINI WIGI

☒ Consente

☐ Non consente

- il/i figlio/figli

nome e cognome

BIANCA TURINI

☒ Consente

☐ Non consente

GUIDO TURINI

☒ Consente

☐ Non consente

☐ Consente

☐ Non consente

- i parenti entro il secondo grado

nome e cognome

☐ Consente

☐ Non consente

☐ Consente

☐ Non consente

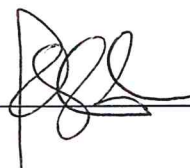
☐ Consente

☐ Non consente

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

Con riferimento ai soggetti consenzienti si allegano alla presente copia della dichiarazione dei redditi nonché le dichiarazioni di cui ai punti 2) 3) e 4)

Firma



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

Il sottoscritto Boudeini ROSSETTA

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. f) del D. Lgs. 33/2013.

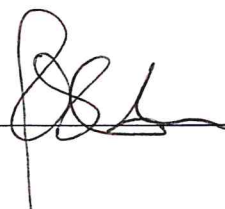
- I dati saranno pubblicati sul sito istituzionale dell'ente in conformità a quanto previsto dall'art. 7 del D.lgs.33/2013.

- I dati forniti verranno trattati sia utilizzando mezzi elettronici o comunque automatizzati, sia mezzi cartacei.

Data

20.2.2017

Firma



Alla Società della Salute Fiorentina Nord Ovest

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

Il sottoscritto Baldini Rossina

nat/a FUCCICCI F. il 16/06/1961

in qualità di : ☐ Presidente ☐ Componente Assemblea ☐ Componente Giunta

DICHIARA

- 1) che la **situazione reddituale relativa all'anno 2014** è quella risultante dalla copia della dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche allegata alla presente
- 2) che la **situazione patrimoniale dell'anno 2014** è la seguente:

FABBRICATI			
	Natura del diritto*	Descrizione immobile	Ubicazione
1	PROPRIETÀ	ABITAZIONE	VIA CAVINI 7
2			
3			
4			
5			
6			
7			

TERRENI			
	Natura del diritto*	Descrizione immobile	Ubicazione
1			
2			
3			
4			

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

BENI MOBILI REGISTRATI			
	Modello	Anno immatricolazione	Note
1	C3 CITROEN	2015	
2			
3			
4			
5			

3) Di aver detenuto nell'anno 2014 le seguenti :

AZIONI E QUOTE DI PARTECIPAZIONE IN SOCIETA'	
1	
2	
3	
4	

4) Di aver esercitato, nel corso dell'anno 2014 le seguenti :

FUNZIONI DI AMMINISTRATORE O SINDACO DI SOCIETA'	
1	
2	
3	
4	

Il sottoscritto dichiara inoltre che:

- il coniuge non separato :

nome e cognome

TURINI WIGI

☒ Consente

☐ Non consente

- il/i figlio/figli

nome e cognome

BIANCA TURINI

☒ Consente

☐ Non consente

GIULIO TURINI

☒ Consente

☐ Non consente

☐ Consente

☐ Non consente

- i parenti entro il secondo grado

nome e cognome

☐ Consente

☐ Non consente

☐ Consente

☐ Non consente

☐ Consente

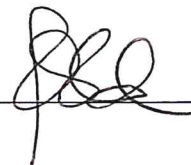
☐ Non consente

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

Con riferimento ai soggetti consenzienti si allegano alla presente copia della dichiarazione dei redditi nonché le dichiarazioni di cui ai punti 2) 3) e 4)

Sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero

Firma



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

Il sottoscritto

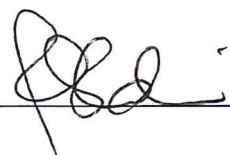
Dichiara di essere informato che:

- 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. f) del D. Lgs. 33/2013.
- I dati saranno pubblicati sul sito istituzionale dell'ente in conformità a quanto previsto dall'art. 7 del D.lgs.33/2013.
- I dati forniti verranno trattati sia utilizzando mezzi elettronici o comunque automatizzati, sia mezzi cartacei.

Data

20.2.2017

Firma



Amministrazione trasparente-Anno 2016

Sezione: Disposizioni generali

Sottosezione: Titolari di incarichi politici, di direzione, di governo

Alla Società della Salute Fiorentina Nordovest

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

Il /la sottoscritto/a ROSSELLA BOUDRINInato/a FUCECCHIO FI il 26/06/1967 c.f. BLDRSLG1HSGD815R

in qualità di componente della Assemblea /della Giunta della Società della Salute Fiorentina Nordovest, consapevole delle responsabilità civili, amministrative e penali, relative alle dichiarazioni false o mendaci, di cui all'art. 76 del DPR 445/2000 e degli artt. 495 e 496 del c.p., sotto la propria responsabilità

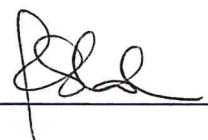
DICHIARA

1. Altre cariche assunte presso enti pubblici e privati e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti

2. Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e compensi a qualsiasi titolo corrisposti

COMMISSARIO CONCORSO COMUNE DI PRATO
PER LA SELEZIONE DI ASSISTENTE SOCIALE
GIUGNO - DICEMBRE 2016

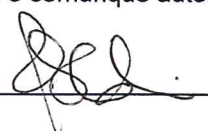
Si impegna a comunicare tempestivamente alla Società della Salute Fiorentina Nordovest ogni eventuale modificazione relativa alla presente dichiarazione

Data 20.2.2017Firma 

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

La Società della Salute Fiorentina Nordovest, in qualità di titolare del trattamento dei dati personali nella Persona del Presidente pro tempore, La informa che 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 pertanto pubblicati sul sito istituzionale dell'ente.

I dati da Lei forniti verranno trattati sia utilizzando mezzi elettronici o comunque automatizzati, sia mezzi cartacei.

Data 20.2.2017Firma 

Alla Società della Salute Fiorentina Nordovest

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

Il /la sottoscritto/a ROSSELLA BARDINI

nato/a FUCECCIO F il 16/06/1961 c.f. BLDRSL61H560815R

in qualità di componente della Assemblea /della Giunta della Società della Salute Fiorentina Nordovest, consapevole delle responsabilità civili, amministrative e penali, relative alle dichiarazioni false o mendaci, di cui all'art. 76 del DPR 445/2000 e degli artt. 495 e 496 del c.p., sotto la propria responsabilità

DICHIARA

1. Altre cariche assunte presso enti pubblici e privati e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti

/

2. Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e compensi a qualsiasi titolo corrisposti

COMMISSARIO CONCORSO COMUNE DI PRATO
PER LA SELEZIONE DI ASSISTENTE SOCIALE
GIUGNO - DICEMBRE 2016

Si impegna a comunicare tempestivamente alla Società della Salute Fiorentina Nordovest ogni eventuale modificazione relativa alla presente dichiarazione

Data 20.2.2017

Firma [firma]

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

La Società della Salute Fiorentina Nordovest, in qualità di titolare del trattamento dei dati personali nella Persona del Presidente pro tempore, La informa che 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 pertanto pubblicati sul sito istituzionale dell'ente.

I dati da Lei forniti verranno trattati sia utilizzando mezzi elettronici o comunque automatizzati, sia mezzi cartacei.

Data 20.2.2017

Firma [firma]