

Dichiarazione sostitutiva ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii. in materia di obblighi informativi di cui all'art. 15, c. 1, lett. c) del D. Lgs. n. 33/2013

(Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni)

Il/la sottoscritto/a Nome Romolo Cognome Marzi nato/a Genova

il 15/11/1952, in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 15, comma 1 lett.c) del D.Lgs. 33/2013, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall' art. 76 del D.P.R. 445/2000 per ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di svolgere i seguenti incarichi e/o avere le seguenti titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
(indicare titolo dell'incarico/carica, denominazione ente, durata dell'incarico/carica)

--

di non svolgere incarichi e/o rivestire cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione;

di svolgere la seguente attività professionale

(indicare tipologia, denominazione ente/società/studio)

Consulente progettazione, organizzazione, gestione e rendicontazione di progetti cofinanziati con fondi Europei. FESR; FSE e PSR come professionista e come socio della Cooperativa Albero generoso

di essere informato/a che la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito dell'ANCI nell'Area Amministrazione Trasparente - Sezione Consulenti e Collaboratori, unitamente al proprio *curriculum vitae*.

Con la sottoscrizione della presente dichiarazione il Dott./la Dott.ssa Romolo Marzi


- 1) si impegna a comunicare tempestivamente ad ANCI qualsiasi mutamento della situazione dichiarata e a rendere, nel caso, una nuova dichiarazione.
- 2) autorizza espressamente il trattamento dei propri dati personali che saranno trattati dall'Associazione ANCI, per assolvere agli scopi istituzionali ed al principio di pertinenza, nel rispetto di quanto disposto in materia dal Regolamento UE 2016/679 e del D.Lgs. 196/2003.

Data, 25/07/2022

Allegare fotocopia documento di identità in corso di validità

Il Dichiarante


TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA



Cognome: **MARZI**
 Nome: **ROMOLO**
 Data di nascita: **15/11/1952**
 Numero di tessera: **MRZRML52515D9690 SEN-MIN SALUTE - 5000001**
 Data di scadenza: **02/12/2021**
 Numero di tessera: **80380000700045030727**

Cognome **MARZI**
 Nome **ROMOLO**
 nato il **15/11/1952**
 (atto n. **305**) **A**)
 a **GENOVA (GE)**)
ITALIA)
 Cittadinanza **GENOVA (GE)**
 Residenza **BOLZANETO 10/10**
 Via **=====**
 Stato civile **=====**
 Professione **=====**
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
 Statura **1,70**
 Capelli **Brizzolati**
 Occhi **Castani**
 Segni particolari **=====**
=====
=====




Firma del titolare *Romolo Marzi*
GENOVA (GE) **18/07/21**

Imprimatur **MARZI Romolo**
ISTRUTTORE RESPONSABILE
AMMINISTRAZIONE




REPUBLICAN REGIONAL HEALTH SERVICE
 REGIONE LIGURIA



Codice di zona **75000000** **SS00M**
 Regione **Liguria**
 Data di scadenza **02/12/2021**



SCADENZA **15/11/2022**
AT 4119129



I.P.Z.S. s.p.a. - OFFICINA C.V. - ROMA

REPUBBLICA ITALIANA
 COMUNE DI GENOVA
 CARTA D'IDENTITA
 N° AT 4119129
 DI **MARZI ROMOLO**