

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 MAURIZIO Cognome MARAGLINO MISCIAGNA nato/a ACQUAVIVA DELLE FONTI (BA) il 11-05-1982 , 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)

COMPONENTE OIV REGIONE PUGLIA, REGIONE PUGLIA, 3 ANNI
PROGETTO ARCA SOGESID REGIONE MOLISE, SOGESID, 1 ANNO
ESPERTO RETI CREATIVE E INTERNAZIONALI PNRR, COMUNE DI NAPOLI, 1 ANNO
PRESIDENTE OIV COMUNE DI GINOSA, COMUNE DI GINOSA, 3 ANNI

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)

DOTTORE COMMERCIALISTA, STUDIO COMMERCIALISTA MARAGLINO

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 MAURIZIO MARAGLINO MISCIAGNA

- 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, 06.04.2023

Allegare fotocopia documento di identità in corso di validità

Il Dichiarante

A handwritten signature in blue ink is written across the page. A circular official stamp is overlaid on the signature. The stamp contains the text "REPUBBLICA ITALIANA" at the top, "MINISTERO DELLA SANITÀ" on the right, and "DIREZIONE REGIONALE DELLA SANITÀ" at the bottom. In the center of the stamp, there is a logo consisting of three stylized human figures holding hands, forming a circle.