

**AL SERVIZIO POLITICHE SANITARIE E PER LA NON AUTOSUFFICIENZA**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'  
DELLE FATTISPECIE CONTEMPLATE DAL D.LGS. 39/2013**

La sottoscritta **Broch Paola**  
nata a **Milano** il **17/04/1966**  
residente a **Sagron Mis (TN)** indirizzo **Via Gavada n. civico 35**  
codice fiscale **BRCPLA66D57F205K**  
indirizzo di posta elettronica/PEC  
telefono **fax**  
in relazione all'incarico di **Consigliere**,  
presso l'ente pubblico **APSP San Giuseppe di Primiero**,  
ricevuto in data **, con effetto dal**

ai sensi dell'art. 47 del d.P.R. 445/00, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

**DICHIARA**

di avere ricevuto i seguenti incarichi e rivestito le seguenti cariche:

DENOMINAZIONE DELLA CARICA O DELL'INCARICO O DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA' PROFESSIONALE SVOLTA IN PROPRIO <sup>1</sup>	DATA DI CONFERIMENTO	DATA DI CESSAZIONE	DENOMINAZIONE E NATURA GIURIDICA DELL'ENTE presso il quale è prestata la carica o l'incarico, o al quale è prestata l'attività professionale	ORGANO CHE HA CONFERITO L'INCARICO <sup>2</sup>	NOTE EVENTUALI <sup>3</sup>

<sup>1</sup> Specificare la titolarità di deleghe in caso di incarico di presidente o amministratore di ente di diritto privato.

<sup>2</sup> Indicare "carica elettiva" in caso di cariche politiche elettive.

<sup>3</sup> Specificare, in caso di incarico presso enti di diritto privato, se sussiste un rapporto di regolazione dell'attività principale (anche in termini di concessione e autorizzazione) o finanziamento (tramite partecipazione minoritaria o rapporto convenzionale, quale contratto pubblico, contratto di servizio pubblico o di concessione di bene pubblico) tra Provincia ed ente medesimo. Specificare in caso di attività professionale in proprio, se detta attività è regolata, finanziata o comunque retribuita dalla Provincia.

--	--	--	--	--	--

di avere ricevuto le seguenti condanne penali (anche a seguito di patteggiamento) per reati contro la pubblica amministrazione:

SPECIFICARE SE REATO EX ART. 3, COMMA 1, L. 97/2001 O ALTRO REATO	DATA DEL PROVVEDIMENTO	DURATA PENA ACCESSORIA DELL'INTERDIZIONE DAI PUBBLICI UFFICI	EVENTUALE CONSEGUENTE CESSAZIONE RAPPORTO DI LAVORO DIPENDENTE O AUTONOMO	NOTE EVENTUALI

di essere a conoscenza dell'obbligo di comunicazione tempestiva in ordine all'insorgere di una delle cause di incompatibilità di cui al decreto legislativo 39/2013.

Informativa ai sensi del decreto legislativo 196/2003, articolo 13:

- i dati forniti verranno trattati esclusivamente per le finalità connesse alla procedura per cui sono raccolti;
- il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e/o informatico;
- il conferimento dei dati è obbligatorio per dar corso alla procedura;
- titolare del trattamento è la Provincia Autonoma di Trento;
- responsabile del trattamento è il dirigente della struttura destinataria della presente dichiarazione;
- in ogni momento potranno essere esercitati nei confronti del titolare del trattamento i diritti di cui all'art. 7 del d.lgs.196/2003.

Luogo e data

SAGRON-MIS 30-03-18

FIRMA DELL'INTERESSATO

*Brochi Paolo*

Ai sensi dell'articolo 38 del d.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la presente dichiarazione è stata:

sottoscritta, previa identificazione del richiedente, in presenza del dipendente addetto

LOSC CLAUDIA  
(indicare in stampatello il nome del dipendente)

sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

Cognome **BROCH**  
 Nome **PAOLA**  
 nato il **17/04/1966**  
 (atto n. **811** p. **1** s. **A 1966**)  
 a **MILANO** ( **MI** )  
 Cittadinanza **ITALIANA**  
 Residenza **SAGRON-MIS**  
 Via **VIA GAVADA 35**  
 Stato civile **---**  
 Professione **INSEGN. SCUOLA MAT.**  
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI  
 Statura **1.58 m.**  
 Capelli **CASTANI**  
 Occhi **CASTANI**  
 Segni particolari **NESSUNO**



Firma del titolare *Paola Broch*  
**SAGRON-MIS** **26/04/2016**  
**IL FUNZIONARIO DELEGATO**  
 Impronta del dito indice sinistro *Loss Paola*  


SCADENZA **17/04/2027**  
 Euro **5,42**  
**AU 9971409**



REPUBBLICA ITALIANA



COMUNE DI  
**SAGRON-MIS**

**CARTA D'IDENTITÀ**  
 N° **AU 9971409**  
 DI  
**BROCH**  
**PAOLA**

