

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO
(Art. 47 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

La sottoscritta CATERINA BARNI.....
nato/a a ...FIRENZE..... (prov. ...FI..) il ...12/12/1976.....
residente in.....FIRENZE..... (prov. ...FI...)
via/piazzaDEL MASSAIO..... n°9.....
in qualità di ...SEGRETARIO E DIRIGENTE SERVIZIO AFFARI GENERALI

ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, sotto la sua personale responsabilità ed a piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000

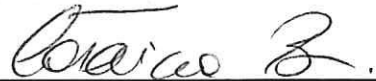
DICHIARA

- Che alla data odierna non si trova in alcuna delle situazioni di incompatibilità e di inconfiribilità previste di cui al decreto legislativo 08/04/2013, n. 39;
- Si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rendere, nel caso, una nuova dichiarazione sostitutiva.

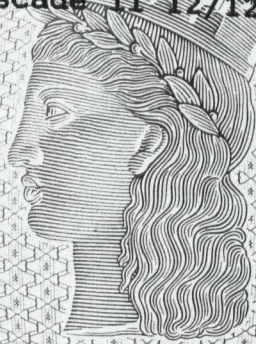
Dichiara, infine di essere informato, ai sensi dell'art.13 della D.Lgs. n.196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Borgo S. Lorenzo ...28/07/2017.....

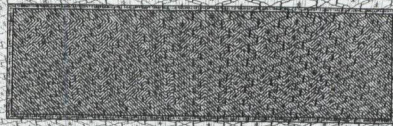
Il/la dichiarante ...DOTT.SA BARNI CATERINA



Il presente documento
scade il 12/12/2024



AV 0710479



IPZS SPA - O.C.V. ROMA

REPUBBLICA ITALIANA



COMUNE DI
FIRENZE

CARTA D'IDENTITA'

N° AV 0710479

DI

BARNI

CATERINA

Cognome..... **BARNI**
Nome..... **CATERINA**
nato il..... **12/12/1976**

(atto n. **5381 1s. A**)
a..... **Firenze**

Cittadinanza..... **italiana**

Residenza..... **Firenze**

Via..... **del Massaio N. 9**

Stato civile..... **STATO LIBERO**

Professione.....

CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI

Statura..... **1,65**

Capelli..... **castani**

Occhi..... **castani**

Segni particolari.....



Firma del titolare..... *Caterina Barni*
..... **FIRENZE** **08/07/2014**

Impresario..... **D'ORDINE DEL SINDACO**
indice sinistro..... **L'ISTRUTTORE AMMINISTRATIVO**

Grazia Gabbiani

Diritti di segreteria..... **5,16**

Diritti fissi..... **0,26**




 REPUBBLICA ITALIANA
TESSERA SANITARIA
 CARTA REGIONALE DEI SERVIZI


 Codice Fiscale **BRNCRN76T52D612B** Sesso **F**

Cognome **BARNI**
 Nome **CATERINA**


Data di scadenza **06/01/2022**

Luogo di nascita **PIRENZE**
 Provincia **PT**

Data di nascita **12/12/1976**

Dati sanitari regionali
 REGIONE TOSCANA

TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA



3 Cognome **BARNI**

4 Nome **CATERINA**

5 Data di nascita **12/12/1976**

6 Numero identificazione personale **BRNCRN/6T52D612B**

7 Numero identificazione dell'istituzione **SSN-MIN SALUTE - 500001**

8 Numero di identificazione della tessera **803800009000085166155**

9 Scadenza **06/01/2022**

