

**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/piazza .....DEL 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

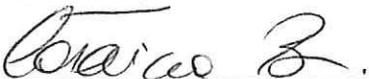
**DICHIARA**

- Che alla data odierna non si trova in alcuna delle situazioni di incompatibilità e di inconferibilità 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** 1<sup>s.</sup> **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.....  
indice sinistro.....  
**D'ORDINE DEL SINDACO**  
**L'ISTRUTTORE AMMINISTRATIVO**

*Grazia Gabbiani*

Diritti di segreteria.....  
Diritti fissi.....



5,16  
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 **PIRENNE**  
 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**

