

**DICHIARAZIONE INERENTE L'INSUSSTISTENZA DI CAUSE OSTATIVE AL CONFERIMENTO DELL'INCARICO DI COMPONENTE DELLA COMMISSIONE DI VALUTAZIONE DELLE OFFERTE PRESENTATE PER L'AFFIDAMENTO DEI SERVIZI FORMATIVI NELL'AMBITO DEL PROGETTO SPRAR MSNA 2017-2019 - BOLOGNA – Art. 77 del decreto legislativo 18 aprile 2016 n. 50 e successive modifiche ed integrazioni -**

Il/La sottoscritto/a TOMESANI FRANCESCA, nato/a a BOLOGNA BO il 02/04/1966, in relazione all'incarico di Componente della Commissione di valutazione sopraindicata, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per le false attestazioni e dichiarazioni mendaci (artt. 75 e 76 D.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

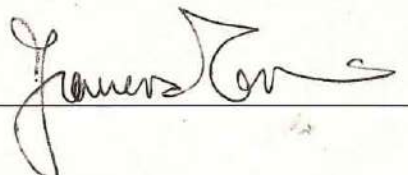
**DICHIARA**

che nei propri confronti non sussiste alcuna delle cause ostative di cui all'art. 77 – commi 4, 5 e 6 – del D. Lgs. 50/2016.

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione.

Bologna, 19/06/2018

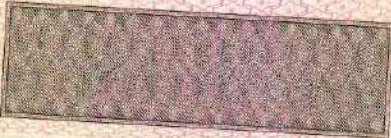
**IL DICHIARANTE**





Documento valido fino al 02/04/2028

AY 4739479



IPZS - G.C.V. - ROMA



REPUBBLICA ITALIANA



COMUNE DI  
BOLOGNA

CARTA D'IDENTITÀ

N° AY 4739479

DI

TOMESANI

FRANCESCA

Cognome.....**TOMESANI**.....  
 Nome.....**FRANCESCA**.....  
 nato il.....**02/04/1966**.....  
 (atto n.....**1070**.....**1**.....**S.**.....**A.**.....)  
 a.....**Bologna**.....  
 Cittadinanza.....**italiana**.....  
 Residenza.....**Bologna**.....  
 Via.....**Luigi Valeriani, 54**.....  
 Stato civile.....**=====**.....  
 Professione.....**EDUCATRICE**.....  
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI  
 Statura.....**1.71**.....  
 Capelli.....**CASTANI**.....  
 Occhi.....**AZZURRI**.....  
 Segni particolari.....  
 Diritti di segreteria.....  
 Diritti fissi.....



Firma del titolare *Francesca Tomesani*  
**Bologna**..... **09/08/2017**

Impronta del dito  
 indice sinistro *Francesca Tomesani*  
 IL SINDACO  
*Antonietta Pinatti*  
 Diritti di segreteria Euro 0,26  
 Diritti fissi Euro 5,16



**DICHIARAZIONE INERENTE L'INSUSSTISTENZA DI CAUSE OSTATIVE AL CONFERIMENTO DELL'INCARICO DI COMPONENTE DELLA COMMISSIONE DI VALUTAZIONE DELLE OFFERTE PRESENTATE PER L'AFFIDAMENTO DEI SERVIZI FORMATIVI NELL'AMBITO DEL PROGETTO SPRAR MSNA 2017-2019 - BOLOGNA – Art. 77 del decreto legislativo 18 aprile 2016 n. 50 e successive modifiche ed integrazioni -**

Il/La sottoscritto/a FRANCESCA CIUFFINI, nato/a a L'AQUILA (AQ) il 02.03.1984, in relazione all'incarico di Componente della Commissione di valutazione sopraindicata, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per le false attestazioni e dichiarazioni mendaci (artt. 75 e 76 D.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

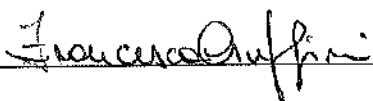
**DICHIARA**

che nei propri confronti non sussiste alcuna delle cause ostative di cui all'art. 77 – commi 4, 5 e 6 – del D. Lgs. 50/2016.

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione.

Bologna, 05/07/2018

**IL DICHIARANTE**

  
\_\_\_\_\_

Cognome..... CIUFFINI.....  
 Nome..... FRANCESCA.....  
 nato il..... 02/03/1984.....  
 (atto n. 189 l.s. A.)  
 a..... L'Aquila.....)  
 Cittadinanza..... italiana.....  
 Residenza..... Bologna.....  
 Via..... Bruno Monterumici, 20.....  
 Stato civile..... libero.....  
 Professione..... IMPIEGATA.....  
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI  
 Statura..... 1.59.....  
 Capelli..... castano.....  
 Occhi..... marroni.....  
 Segni particolari.....



Firma del titolare..... *Francesca Ciuffini*.....  
 Bologna..... 02/05/2017.....  
 IL SINDACO  
 Impronta del dito indice sinistro.....  
 Buro 0,26 Euro  
 Buro 0,50 Euro

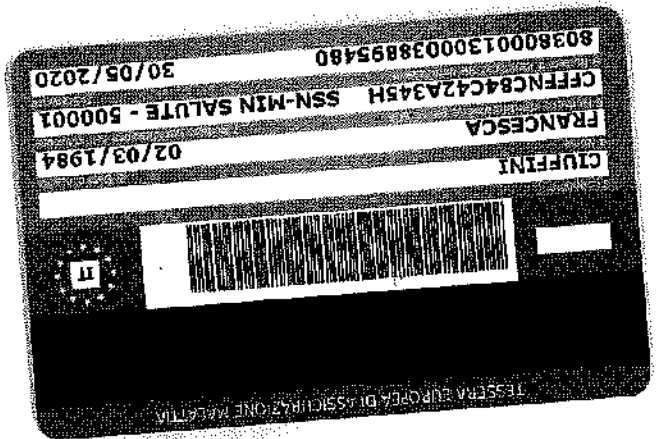
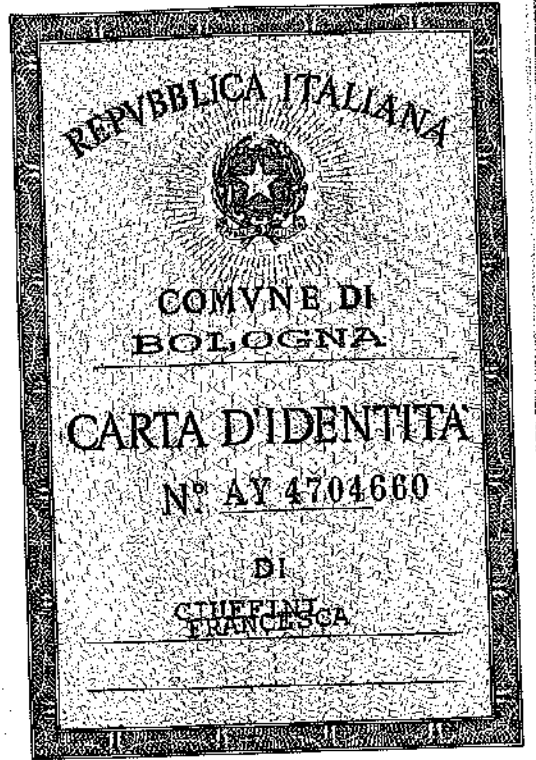
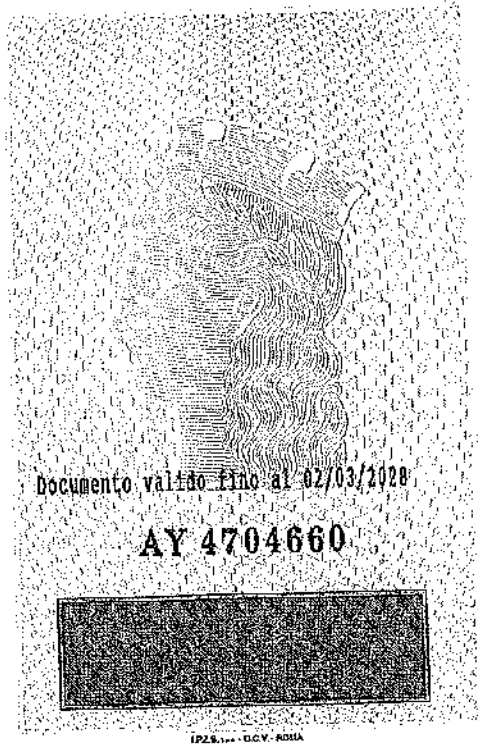


Diritti di segreteria  
 Diritti fissi

REPUBLICA ITALIANA  
**TESSERA SANITARIA**

Codice Fiscale: 6779064021305H Sesso F  
 Cognome: CIUFFINI  
 Nome: FRANCESCA  
 Luogo di nascita: L'AQUILA  
 Data di scadenza: 30/05/2020  
 Data: 02/03/1984



DICHIARAZIONE INERENTE L'INSUSSTISTENZA DI CAUSE OSTATIVE AL CONFERIMENTO DELL'INCARICO DI COMPONENTE DELLA COMMISSIONE DI VALUTAZIONE DELLE OFFERTE PRESENTATE PER L'AFFIDAMENTO DEI SERVIZI FORMATIVI NELL'AMBITO DEL PROGETTO SPRAR MSNA 2017-2019 - BOLOGNA – Art. 77 del decreto legislativo 18 aprile 2016 n. 50 e successive modifiche ed integrazioni -

Il/La sottoscritto/a ANDREA DURANTE, nato/a a TARANTO (TA) il 25-01-1984, in relazione all'incarico di Componente della Commissione di valutazione sopraindicata, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per le false attestazioni e dichiarazioni mendaci (artt. 75 e 76 D.P.R. n. 445/2000), sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che nei propri confronti non sussiste alcuna delle cause ostative di cui all'art. 77 – commi 4, 5 e 6 – del D. Lgs. 50/2016.

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione.

Bologna, 19/06/2018

IL DICHIARANTE

Andrea Durante

Cognome	DURANTE
Nome	ANDREA
nato il	25/01/1984
(atto n.	182 P. 1 S. A.)
a	Taranto
Cittadinanza	italiana
Residenza	Bologna
Via	Antonio di Vincenzo, 66
Stato civile	libero
Professione	IMPIEGATO
CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI	
Statura	1,84
Capelli	castani
Occhi	castani
Segni particolari	
Diritti di segreteria	Euro 0,26
Diritti fissi	Euro 5,16



Firma del titolare *Andrea Durante*  
**Bologna** il **10/11/2015**

IL SINDACO  
*Nunzio Scavroni*

Impronta del dito indice sinistro



  
AC 2014  
CARTA NAZIONALE DEI SERVIZI

REPUBBLICA ITALIANA  
**TESSERA SANITARIA**  
CARTA REGIONALE DEI SERVIZI




Codice Fiscale **DRNDR84A25L049B** Sesso **M**

Data di scadenza  
**11/07/2022**

Cognome **DURANTE**  
Nome **ANDREA**  
Luogo di nascita **TARANTO**  
Provincia **TA**

Data di nascita  
**25/01/1984**

Dati sanitari regionali  

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA





TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA



3 Cognome  
**DURANTE**

4 Nome  
**ANDREA**

5 Data di nascita  
**25/01/1984**

6 Numero identificazione personale  
**DRNDR84A25L049B**

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

8 Numero di identificazione della tessera  
**80380000800141433930**

9 Scadenza  
**11/07/2022**