



Ordine delle Professioni Infermieristiche di Massa Carrara

A

Ordine delle Professioni Infermieristiche di Massa Carrara

-INDIRIZZO PEC-

massacarrara@postacert.ordine-opi.it

All'attenzione del Responsabile Anticorruzione e Trasparenza

Oggetto: **DICHIARAZIONE RESA AI SENSI DELL'ART. 15 DEL D.LGS. 33/2013, DELL'ART. 23ter DEL D.L. 201/2011 E DELL'ART. 20 DEL D.LGS. n. 39/2013**

Il/La sottoscritto/a ROBERTA RACHINI

nata a AREZZO

il 20/01/1979

codice fiscale REH RRT 79A58A390J

consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in base all'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. nel caso di dichiarazioni mendaci e falsità negli atti, ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., ai fini di quanto previsto all'art. 15 comma 1, lettera c) e d) del D.lgs. n. 33/2013 e s.m.i. recante "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni"

**DICHIARA**

**1) di essere titolare di cariche ed incarichi presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o lo svolgimento di attività professionali (art. 15 Dlgs. 33/2013 comma 1 lett. C e D)**

SEDE CARRARA: Via Don Minzoni n. 25 – 54033 Carrara;

SEDE MASSA: Via Massa Avenza, 38D – 54100 Massa;

telefono 0585 620484; fax 0585 620492; - CF: 83004300451

[www.opimassacarrara.it](http://www.opimassacarrara.it) - [info@opimassacarrara.it](mailto:info@opimassacarrara.it) – PEC [massacarrara@cert.ordine-opi.it](mailto:massacarrara@cert.ordine-opi.it)



di ricoprire le seguenti cariche o incarichi:

ENTE	CARICA/INCARICO	DURATA DELL'INCARICO	COMPENSO ANNUO (*)

(\*) L'importo va indicato al lordo degli oneri fiscali e contributivi a carico del dichiarante.

di NON ricoprire alcuna carica o incarico presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o lo svolgimento di attività professionali

**2) di essere titolare dei seguenti incarichi a carico della finanza pubblica (art.23 ter d.l. n. 201/2011)**

di essere titolare di incarichi:

ENTE	INCARICO	DURATA CARICA	COMPENSO ANNUO (*)

(\*) L'importo va indicato al lordo degli oneri fiscali e contributivi a carico del dichiarante.

di NON essere titolare dei seguenti incarichi a carico della finanza pubblica (art.23 ter d.l. n. 201/2011)

**SEDE CARRARA:** Via Don Minzoni n. 25 – 54033 Carrara;

**SEDE MASSA:** Via Massa Avenza, 38D – 54100 Massa;

telefono 0585 620484; fax 0585 620492; - CF: 83004300451

[www.opimassacarrara.it](http://www.opimassacarrara.it) - [info@opimassacarrara.it](mailto:info@opimassacarrara.it) – PEC [massacarrara@cert.ordine-opi.it](mailto:massacarrara@cert.ordine-opi.it)



Inoltre, ai fini di quanto disposto dal **D.lgs. n. 39/2013** recante "Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190", nonché consapevole delle conseguenze previste dall'art.20, comma 5, del medesimo decreto,

### **DICHIARA**

**▪ l'insussistenza di cause di incompatibilità e inconfiribilità previste dal D.Lgs. n.39/2013.**

Il sottoscritto ROBERTA RACCHINI dichiara di essere informato che la presente dichiarazione, da rinnovare ogni anno, viene altresì resa ai fini della pubblicazione della stessa sul sito istituzionale dell'**Ordine delle Professioni Infermieristiche di Massa Carrara**, al fine di ottemperare agli obblighi in materia di trasparenza, e si impegna a comunicare tempestivamente all'**Ordine delle Professioni Infermieristiche di Massa Carrara** ogni eventuale variazione rispetto a quanto indicato nella presente dichiarazione.

**Si allega CV aggiornato e copia documento identità.**

Massa Carrara, 05.07.2021

Firma

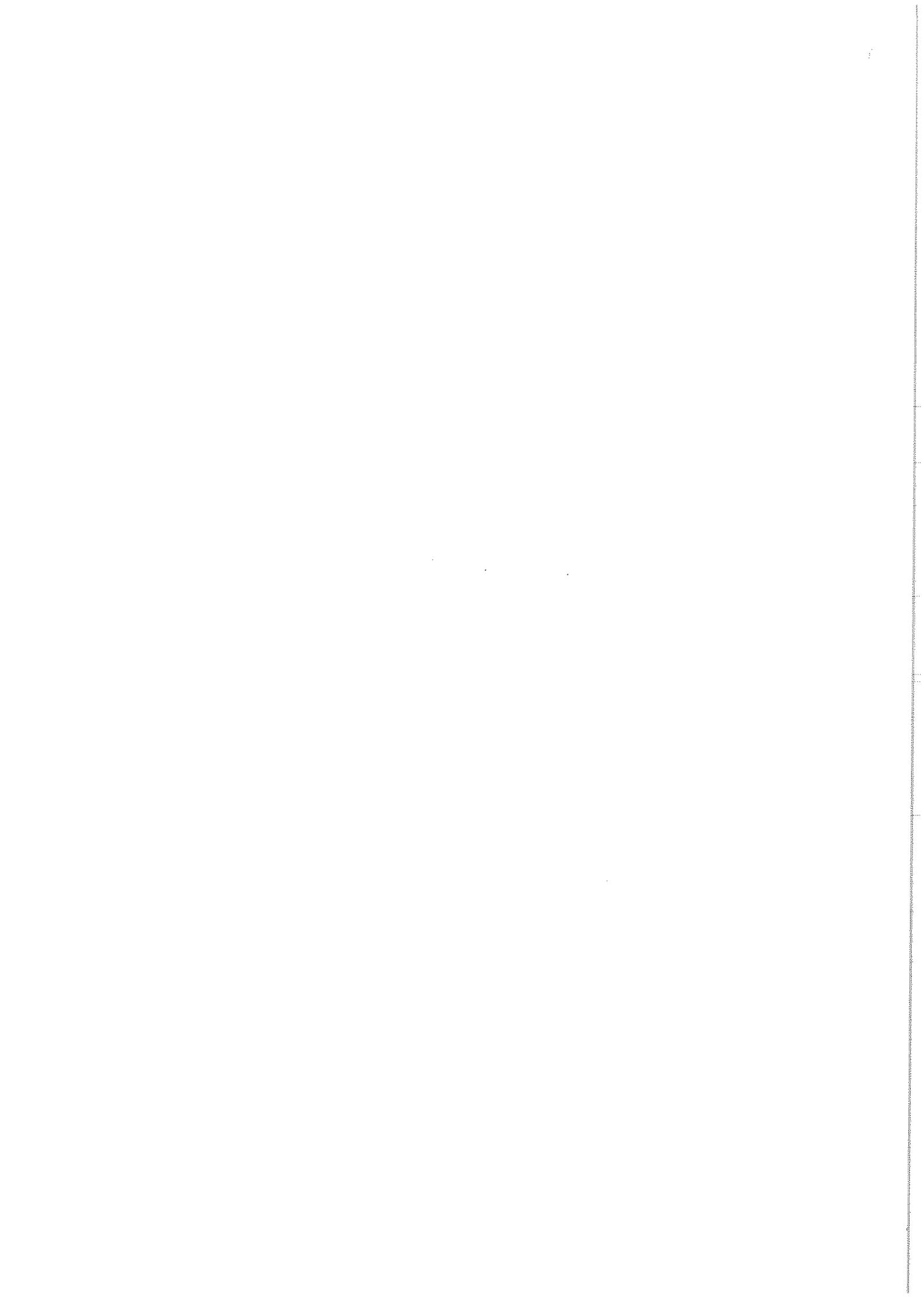
Ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. n. 196/03 si informa che i dati saranno utilizzati per le sole finalità correlate agli obblighi di legge. Ai sensi dell'articolo 38 del DPR 445/2000 e s.m.i. la presente dichiarazione è sottoscritta dall'interessato e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità.

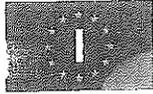
**SEDE CARRARA:** Via Don Minzoni n. 25 – 54033 Carrara;

**SEDE MASSA:** Via Massa Avenza, 38D – 54100 Massa;

telefono 0585 620484; fax 0585 620492; - CF: 83004300451

[www.opimassacarrara.it](http://www.opimassacarrara.it) - [info@opimassacarrara.it](mailto:info@opimassacarrara.it) – PEC [massacarrara@cert.ordine-opi.it](mailto:massacarrara@cert.ordine-opi.it)





**PATENTE DI GUIDA REPUBBLICA ITALIANA**



- 1. RACHINI
- 2. ROBERTA
- 3. 18/01/79 AREZZO (AR)
- 4a. 15/03/2018 4c. MIT-UCO
- 4b. 18/01/2029
- 5. U18C79121N
- 7.

9. AM B

13.

9.	10.	11.	12.
AM	19/01/13	18/01/29	
A1			
A2			
A			
S1			
B	05/05/97	18/01/29	
C1			
C			
D1			
D			
BE			
C1E			
CE			
D1E			
DE			

1. Cognome 2. Nome 3. Data e luogo di nascita 4a. Data di rilascio  
 4b. Data di scadenza 4c. Rilasciata da 5. Numero della patente  
 6. Validità 7. Validità fino al 72. Escludi

min. 102 1234

12.71 U18992368N

AH 2784173

