



CITTÀ DI MANFREDONIA

PROT. N° 34383 DEL 22.07.2024

Data 22/07/2024

All'ufficio Segreteria del Comune di Manfredonia

OGGETTO: Accettazione a ricoprire la carica di Assessore del Comune di MANFREDONIA.
Dichiarazione insussistenza motivi di ineleggibilità e incompatibilità a ricoprire la carica.

Io sottoscritt SCIALOONIS FRANCESCO
nato a SAN GIOVANNI ROTONDO il 11.02.74,
residente in MANFREDONIA via P. Ho MERATO n. 10,

con riferimento al Decreto n. 7 del 22.07.2024 di mia nomina quale componente della Giunta Comunale, consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, per dichiarazioni mendaci e falsità in atti, con la presente


DICHIARO

- di voler accettare la carica di Assessore;
- che nei confronti dello/a scrivente non sussistono motivi di ineleggibilità o di incompatibilità, di cui al D. Lgs. n. 267 del 18/08/2000, al D. Lgs. n. 235 del 31/12/2012 ed al D. Lgs. n. 39 del 08/04/2013, a ricoprire la carica di Assessore del Comune di MANFREDONIA.

Mi impegno a comunicare tempestivamente eventuali cause di incompatibilità che dovessero sopravvenire successivamente alla presente dichiarazione.

Con l'occasione, dichiaro di aver preso visione dell'informativa allegata ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679.

Cordialmente.

Firma


Allegare copia di documento di identità e codice fiscale.

* * *

**INFORMATIVA AI SENSI DEGLI ART. 13-14 DEL GDPR (GENERAL DATA PROTECTION
REGULATION) 2016/679 E DELLA NORMATIVA NAZIONALE**

Il Comune di Manfredonia, in qualità di titolare, tratterà i dati personali conferiti con il presente modulo, con modalità prevalentemente informatiche e telematiche, per le finalità previste dal Regolamento (UE) 2016/679 (RGPD), in particolare per l'esecuzione dei propri compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei propri pubblici poteri, ivi incluse le finalità di archiviazione, di ricerca storica e di analisi per scopi statistici.

I dati saranno trattati per tutto il tempo necessario all'erogazione della prestazione o del servizio e, successivamente alla comunicazione della cessazione dell'attività del titolare o del responsabile o della intervenuta revoca dell'incarico del RPD, i dati saranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

I dati non saranno comunicati a terzi né diffusi, se non nei casi specificamente previsti dal diritto nazionale o dell'Unione europea ed indicati nell'informativa dettagliata.

Gli interessati hanno il diritto di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (art. 15 e ss. del RGPD, Regolamento Generale Protezione Dati). Gli interessati, ricorrendone i presupposti, hanno, altresì, il diritto di proporre reclamo al Garante quale autorità di controllo secondo le procedure previste.



PATENTE DI GUIDA REPUBBLICA ITALIANA



- 1. SCHIAVONE
- 2. FRANCESCO
- 3. 11/02/74 SAN GIOVANNI ROTONDO (FG)
- 4a. 09/10/2020 4c. MIT-UCO
- 4b. 11/02/2031
- 5. U19V42478V
- 7.

9. AB

ACQ 2021
CARTA NAZIONALE DEI SERVIZI

REPUBBLICA ITALIANA
TESSERA SANITARIA
CARTA REGIONALE DEI SERVIZI

Codice Fiscale **SCHFNC74B11H926V** Sesso **M**

Cognome **SCHIAVONE**
Nome **FRANCESCO**
Luogo di nascita **SAN GIOVANNI ROTONDO**
Provincia **FG**

Data di scadenza **07/01/2028**

Data di nascita **11/02/1974**

Dati sanitari regionali
REGIONE PUGLIA

13.

9.	10.	11.	12.
AM			
A1			
A2			
A	24/07/10	11/02/31	
B1			
B	28/01/94	11/02/31	
C1			
C			
D1			
D			
BE			
C1E			
CE			
D1E			
DE			

1. Cognome 2. Nome 3. Data e luogo di nascita 4a. Data del rilascio
4b. Data di scadenza 4c. Rilasciata da 5. Numero della patente
10. Validità da 11. Validità fino al 12. Codici

mod. MC 729P
ENTRATA IN SERVIZIO E ESCLUSIVO DEL SERVIZIO SIAO S.p.A. - ROMA

12. 71 FG5293066W

AL 1516397

TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA

3. Cognome **SCHIAVONE**

4. Nome **FRANCESCO**

5. Data di nascita **11/02/1974**

6. Numero identificazione personale **SCHFNC74B11H926V**

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

8. Numero di identificazione della tessera **80380001600319074006**

9. Scadenza **07/01/2028**

IT

