

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(ex artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)
SULL'INSUSSISTENZA DELLE CAUSE DI INCONFERIBILITÀ
ED INCOMPATIBILITÀ DI CUI AL D. LGS. 8 APRILE 2013, N.39

(si prega di compilare in caratteri dattiloscritti o stampatello)

IL SOTTOSCRITTO (Cognome e nome)

IABICHINO RAFFAELE

NATO A MODICA (Prov RG) IL 19/08/1963

consapevole

delle responsabilità civili, amministrative e penali, relative a dichiarazioni false o mendaci, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., nonché delle sanzioni di cui all'art. 20, comma 5, del D. Lgs. n. 39/2013 e s.m.i., sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

- di non incorrere in alcuna delle cause di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, previsti dal D. Lgs. 8 aprile 2013, n.39 e pertanto presso Codesta A Azienda Sanitaria;
- di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui al 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.

Si allega (apporre x sulla voce utilizzata):

- copia del Documento di riconoscimento in corso di validità;
- autorizzazione allo svolgimento di incarichi rilasciata dalla P.A..

In fede,

Data 30/03/2017

FIRMA





Ministero della Pubblica Istruzione

Istituto Comprensivo Como Nord

Via Brogeda, 21 - 22100 Como - Tel. 031.541180/Fax 031.532927a

COIC84800L@istruzione.it - coic84800l@pec.istruzione.it

www.iccomonord.

ISTITUTO COMPRENSIVO
COMO NORD

Prot. N° 6083 Tit. CL

di arrivo 09/10/2016

Richiesta autorizzazione esercizio libera professione

Al Dirigente Scolastico

dell'I.C. COMO NORD

Il/la sottoscritto/a IABICCHINO RAFFAELE

nato/a a MOATA (RG) il 17.08.1963

residente a FARDELLA (PR) in via GARIBOLDI, 45

in servizio presso codesto Istituto in qualità di insegnante con contratto di lavoro a tempo indeterminato determinato

tempo pieno tempo parziale iscritto all'albo degli abilitati per l'esercizio della libera

professione di ARCHITETTO nella Provincia di RAGUSA

CHIEDE

alla S.V. ai sensi delle vigenti disposizioni l'**AUTORIZZAZIONE** ad esercitare la libera professione di

Il/la sottoscritto/a dichiara, sotto la propria responsabilità, ai sensi dell' articolo 508 del Decreto L.vo 16/04/1994 n. 297, che tale esercizio non è di pregiudizio all' assolvimento di tutte le attività inerenti alla funzione docente ed è compatibile con l' orario di insegnamento e di servizio.

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere a conoscenza di quanto disposto dall'art. 53 D. L. vo n° 165/2001 in merito a incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi.

Como, 09.11.2016

Firma [Signature]



Ministero della Pubblica Istruzione

Istituto Comprensivo Como Nord

Via Brogeda, 21 - 22100 Como - Tel. 031.541180/Fax 031.532927

COIC84800L@istruzione.it - coic84800l@pec.istruzione.it

www.iccomonord.

Prot. n. 6084/CL del 08/11/2016

Al Prof. IABICCHINO RAFFAELE
Agli ATTI

Oggetto: **Autorizzazione Esercizio Libera Professione -**

VISTA la richiesta del/la Prof./ssa IABICCHINO RAFFAELE in servizio presso questo Istituto, il Dirigente Scolastico, ai sensi dell' articolo 508 del Decreto L.vo 16/04/1994 n. 297,

AUTORIZZA

LO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' RICHIESTA, perché tale esercizio non è di pregiudizio all' assolvimento delle attività inerenti la funzione docente ed è compatibile con l'orario di insegnamento e di servizio.

Tale autorizzazione verrà immediatamente revocata qualora, per qualunque motivo, divenisse pregiudizievole ai doveri d'ufficio.



IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott.ssa Sonia Lulli

[Signature]

CODICE FISCALE **BCHRFL63M19F258M**
 COGNOME **IABICHINO**
 NOME **RAFFAELE**
 LUOGO DI NASCITA **MODICA**
 PROVINCIA **RG**
 DATA DI NASCITA **19/08/1963**
 Sesso **M**
 Il Ministero delle Finanze



Cognome **IABICHINO**
 Nome **Raffaele**
 nato il **19.08.1963**
 (atto n. **418** P. I. s.A.)
 a **Modica** (**Ragusa**)
 Cittadinanza **Italiana**
 Residenza **Fardella**
 Via **Umberto I°, 7**
 Stato civile **- - - - -**
 Professione **Architetto**
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALENTI
 Statura mt.: **1,75**
 Capelli **castani**
 Occhi **marroni**
 Segni particolari **nessuno**

Firma del titolare *Raffaele Iabichino*
Fardella il **18.07.2008**
 Impronta del dito indice sinistro
 UFFICIO SINDACALE
 DELEGATO
 Sig. *Donato Caramanna*
 COMUNE DI FARDELLA
 (Poleara)

FIRMA DEL TITOLARE
 AVVERTENZE
 - Il tessero può essere utilizzato solo se i dati anagrafici in esso indicati sono esatti.
 - Il titolare del tessero deve apporre la propria firma nello spazio sovrastante.
 - Nel caso di ammontaggio, sottrazione o distruzione può essere richiesto ad un qualsiasi ufficio distrettuale della imposta diretta, un duplicato del tessero.

Reg. 153 Euro 0,26+5,16
 Data scadenza **17.07.2018**

AH 8371989
 P.Z.S. OFFICINA CV - ROMA

REPUBBLICA ITALIANA

 COMUNE DI **FARDELLA**
CARTA D'IDENTITA'
 N° **AH 8371989**
 DI
IABICHINO Raffaele