

Allegato n. 6

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Oggetto: PSP 2023-2027. SRG06 "LEADER – Attuazione delle Strategie di Sviluppo Locale".

La sottoscritta:

DI MEO TERESA, nata a BATTIPAGLIA Prov. (SA) il 08/05/1987 (C.F. DMITRS87E48A717U) e residente a MONTECORVINO PUGLIANO (SA) c.a.p. 84090, in via DON GIUSEPPE BERGAMO n. 1, in qualità di **COMPONENTE DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE della SOCIETA' CONSORTILE A RESPONSABILITA' LIMITATA GRUPPO DI AZIONE LOCALE COLLINE SALERNITANE – GAL COLLINE SALERNITANE S.C. a R.L.**, con SEDE LEGALE in VIA VIGNADONICA N. 19 – GIFFONI VALLE PIANA (SA) c.a.p. 84095 – PRESSO CASA COMUNALE e SEDE OPERATIVA in VIA VALENTINO FORTUNATO AREA P.I.P. snc, GIFFONI VALLE PIANA (SA), c.a.p. 84095, CODICE FISCALE E PARTITA IVA: 03926750658

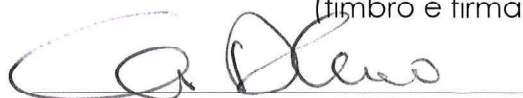
- *consapevole delle sanzioni penali per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici di cui agli art. 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445;*
- *a conoscenza del fatto che saranno effettuati controlli anche a campione sulla veridicità delle dichiarazioni rese;*

DICHIARA

- ✓ Che non sussistono a suo carico situazioni, anche potenziali di conflitto di interessi con la carica rivestita all'interno del Gal Colline Salernitane S.C. a R.L.,
- ✓ Di non incorrere in alcuna delle cause di inconfiribilità ed incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, previsti dal D.Lgs. n. 39/2013;
- ✓ Di non rientrare nei casi normati dal D.Lgs. 39/2013 e s.m.i.

Montecorvino Pugliano (Sa), 2 Ottobre 2023

**Il Consigliere del Cda
del GAL Colline Salernitane S.C. a R.L.
Teresa Di Meo
(timbro e firma)**



Ai sensi e per gli effetti dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28/12/2000 e ss.mm.ii., si allega copia del documento di riconoscimento del dichiarante in corso di validità.

13.

9.	10.	11.	12.
AM			
A1	24/01/04	08/05/26	
A2			
A			
B1			
B	29/07/05	08/05/26	
C1			
C			
D1			
D			
BE			
C1E			
CE			
D1E			
DE			

Copione 01. Nome 2. Data elabo. di nascita. 4a. Data del rilascio.
45. Data di scadenza. 7. Numero della via. 5. Numero della porta.
10. Validò dal 11. Validò fino al 12. Legenda
www.italpost.it

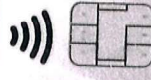
12. 71

SA5364412K 1

AF 3985562



REPUBBLICA ITALIANA
TESSERA SANITARIA
CARTA REGIONALE DEI SERVIZI



Codice Fiscale **DMITRS87E48A717U** Sesso **F**

Cognome **DI MEO**
Nome **TERESA**

Data di scadenza
18/05/2027

Luogo di nascita **BATTIPAGLIA**
Provincia **SA**

Data di nascita **08/05/1987**

Dati sanitari regionali



1981
1982
1983
1984
1985

TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA



3 Cognome

DI MEO

4 Nome

TERESA

5 Data di nascita

08/05/1987

6 Numero identificazione personale

DMITRS87E48A717U

7 Numero identificazione istituzione

SSN-MIN SALUTE - 500001

8 Numero di identificazione della tessera

80380001500347142330

9 Scadenza

18/05/2027