ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI GORIZIA

DICHIARAZIONE DI NEGATO CONSENSO PER IL CONIUGE NON SEPARATO E PER I PARENTI ENTRO IL 2° GRADO ALLA PUBBLICAZIONE DEI DATI DI CUI ALL'ART. 14 DEL D.LGS. N. 33/2013

Io sottoscritto/a CRISTINA FURIOSO, in qualità

di (*indicare la carica*) TESORIERE

dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Gorizia

DICHIARO CHE

☐ Il mio coniuge non separato

- o HA consentito
- X NON HA consentito, come sua facoltà

☐ I miei parenti entro il secondo grado

- o HANNO consentito
- X NON HANNO consentito, come loro facoltà

alla pubblicazione dei dati reddituali e patrimoniali previsti dall'art. 14 lett. f) del d.lgs. n. 33/2013.

Si autorizza l'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Gorizia a trattare, ai sensi della L. n. 196/2003, nonché a pubblicare, ove previsto, i dati contenuti nella presente dichiarazione sul sito istituzionale dell'Ente.

La presente dichiarazione è resa ai sensi degli artt. 46 e segg. del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000.

Luogo e data CORTONS, 12/4/21 Firma Cristina Furioso

Via Brigata Casale 1/9/B - 34170 Gorizia – Codice Fiscale: 80000150310 – Telefono: +39 0481 531440
Email: info@ordinemedici-go.it – Indirizzo PEC: segreteria.go@pec.omceo.it – Sito web: www.ordinemedici-go.it