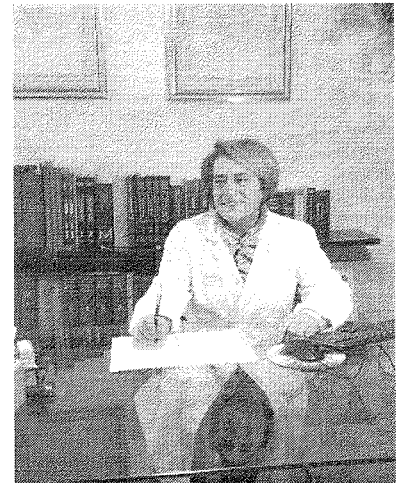


**FORMATO EUROPEO
PER IL CURRICULUM
VITAE**



INFORMAZIONI PERSONALI

Nome **NOVELLI, OLGA.**
Indirizzo **127, Via Ponte S. Antonio, 85100, Potenza, Italia**
Telefono **347 1202096**
Fax
E-mail **olganovelli@virgilio.it**
PEC
Nazionalità Italiana
Data di nascita 09/05/1952



ESPERIENZA LAVORATIVA

- Date (da – a) **Dal 30/06/1980 al 1/12/2015**
- Nome e indirizzo del datore di lavoro **Potenza ,Contrada Macchia Romana**
- Tipo di azienda o settore **Azienda Ospedaliera San Carlo**
- Tipo di impiego **Dirigente medico 1 livello**
- Principali mansioni e responsabilità **Vincitore di concorso ruolo assistente ortopedico 1980
Vincitore di concorso ruolo aiuto ortopedico 1988
Incarico di direzione U.O.S .Pronto Soccorso Traumatologico
Docente per Formazione Medici di Base
Docente per Formazione Infermieri-Ostetriche-Tecnici di Neurofisiopatologia**

Attuale incarico di medico convenzionato presso la sezione sanità del Comando Legione Carabinieri Basilicata .

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

- Nome e tipo di istituto di istruzione o formazione **Liceo Scientifico Statale Galileo Galilei Potenza
Laurea in Medicina e Chirurgia Università degli studi di Napoli 14/10/1978**
- Principali materie / abilità professionali oggetto dello studio **Specializzazione in Neurologia presso Università di Napoli 1982
Specializzazione in ortopedia e traumatologia presso Università di Bari 15/10/1991**
- Qualifica conseguita **Perfezionato in manipolazioni vertebrali presso Ospedale Hotel Dieux Parigi 1995**
- Livello nella classificazione nazionale (se pertinente) **Vari incarichi di docenza per corsi regionali di infermieri professionali Università Cattolica**

CAPACITÀ E COMPETENZE

PERSONALI

Acquisite nel corso della vita e della carriera ma non necessariamente riconosciute da certificati e diplomi ufficiali.

MADRELINGUA

Italiano

ALTRE LINGUA

FRANCESE

LIVELLO ECCELLENTE

LIVELLO ECCELLENTE

LIVELLO ECCELLENTE

- Capacità di lettura
- Capacità di scrittura
- Capacità di espressione orale

Buone capacità relazionali con collaboratori

CAPACITÀ E COMPETENZE

RELAZIONALI

Vivere e lavorare con altre persone, in ambiente multiculturale, occupando posti in cui la comunicazione è importante e in situazioni in cui è essenziale lavorare in squadra (ad es. cultura e sport), ecc.

CAPACITÀ E COMPETENZE

ORGANIZZATIVE

Ad es. coordinamento e amministrazione di persone, progetti, bilanci; sul posto di lavoro, in attività di volontariato (ad es. cultura e sport), a casa, ecc.

BUONE CAPACITÀ ORGANIZZATIVE

CAPACITÀ E COMPETENZE

TECNICHE

Con computer, attrezzature specifiche, macchinari, ecc.

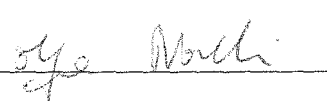
COMPETENZE INFORMATICHE DI BASE

N.B.: per ulteriori titoli non presentati si prega far riferimento a quelli già presentati nella precedente domanda e di aggiungere l'attuale convenzione con Codesto Comando Legione Carabinieri valida per l'anno 2015

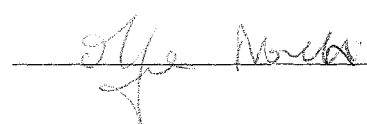
PATENTE O PATENTI

Patente B

DATA E FIRMA



Autorizzo il trattamento dei miei dati personali , a norma delle vigenti leggi sulla privacy attualmente in vigore



DICHIARAZIONE REALTIOVA A CARICHE, INCARICHI E ATTIVITA' PROFESSIONALI

Art. 53, comma 14, del decreto legislativo n. 165/2001

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(ex artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000)

Il sottoscritto NOVELLI OLCIA
nato a POTENZA (.....), il 22-52, residente a POTENZA
....., via/piazza VIA P. S. ANTONIO, n. 122
codice fiscale NVLG052E48F8420, con attività professionale di Medico
ORTODONCO LIBERO PROFESSIONISTA

- consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 per le ipotesi di dichiarazioni mendaci rese nella presente dichiarazione;
- preso atto che la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito web dell'Arma dei Carabinieri,

DICHIARA

- l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interesse, ai sensi della vigente normativa, con l'Arma dei Carabinieri;
- di non presentare altre cause di incompatibilità a svolgere prestazioni di consulenza nell'interesse dell'Arma dei Carabinieri.

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del provvedimento per il quale la dichiarazione è resa.

Data 26.04.2016

Olga Novelli
Firma del dichiarante

DICHIARAZIONE REALTIVA A CARICHE, INCARICHI E ATTIVITA' PROFESSIONALI

Art. 15, co. 1, let. c), del D.Lgs. n. 33/2013

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(ex artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000)

Il sottoscritto JLPA NOVELLI
nato a POTENZA (...), il 8-5-52, residente a POTENZA
(...), via/piazza VIA. P.S. ANTONI n. 122
codice fiscale NVKLG052FLSP20W in attività professionale di MEDICO
LIBERO PROFESSIONISTA

- consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 per le ipotesi di dichiarazioni mendaci rese nella presente dichiarazione;
- preso atto che la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito web dell'Arma dei Carabinieri,

DICHIARA

- di svolgere i seguenti incarichi presso enti di diritto privato o finanziati dalla Pubblica Amministrazione:

N.	DENOMINAZIONE DELL'ENTE	INCARICO RICEVUTO
1		
2		
3		

(sbarrare la tabella in caso di assenza di incarichi)

- di ricoprire le seguenti cariche presso enti di diritto privato o finanziati dalla Pubblica Amministrazione:

N.	DENOMINAZIONE DELL'ENTE	INCARICO RICEVUTO
1		
2		
3		

(sbarrare la tabella in caso di assenza di incarichi)

- di svolgere le seguenti attività professionali presso enti di diritto privato o finanziati dalla Pubblica Amministrazione:

N.	DENOMINAZIONE DELL'ENTE	INCARICO RICEVUTO
1		
2		
3		

(sbarrare la tabella in caso di assenza di incarichi)

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del provvedimento per il quale la dichiarazione è resa.

Data: 26.04.2018

JLPA Novelli
Firma del dichiarante

**ATTESTAZIONE DELL'AVVENUTA VERIFICA DELL'INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI,
ANCHE POTENZIALI, DI CONFLITTO DI INTERESSI**

Art. 53, comma 14, del decreto legislativo n. 165/2001

Ai sensi dell'art. 53, comma 14, del D.Lgs. n. 165 del 30 marzo 2001 "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle Amministrazioni Pubbliche", così come modificato dall'art. 1, comma 42, lettere h) e d), della Legge n. 190 del 6 novembre 2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione",

SI ATTESTA

che, sulla base di quanto dichiarato da **Novelli Olga**, non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interesse per il conferimento dell'incarico di Medico Generico, salvo eventuali ulteriori accertamenti.

Data 26/04/2018

IL CAPO SERVIZIO AMMINISTRATIVO
(Magg. amm. Antonio C. *Carraro*)

.....
Firma

DICHIARAZIONE REALTIOVA A CARICHE, INCARICHI E ATTIVITA' PROFESSIONALI

Art. 53, comma 14, del decreto legislativo n. 165/2001

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(ex artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000)

Il sottoscritto NOVELLI OLCIA
nato a POTENZA (.....), il 23-52, residente a POTENZA
(.....), via/piazza Via P. S. ANTONIO, n. 122
codice fiscale NULLG052E48P940, con attività professionale di Medico
ORTODONCO CHIARO, PROFESSIONISTA

- consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 per le ipotesi di dichiarazioni mendaci rese nella presente dichiarazione;
- preso atto che la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito web dell'Arma dei Carabinieri,

DICHIARA

- l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interesse, ai sensi della vigente normativa, con l'Arma dei Carabinieri;
- di non presentare altre cause di incompatibilità a svolgere prestazioni di consulenza nell'interesse dell'Arma dei Carabinieri.

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del provvedimento per il quale la dichiarazione è resa.

Data 04/07/2016

Olivia Novelli
Firma del dichiarante

DICHIARAZIONE REALTIVA A CARICHE, INCARICHI E ATTIVITA' PROFESSIONALI

Art. 15, co. 1, let. c), del D.Lgs. n. 33/2013

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(ex artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000)

Il sottoscritto OLGA NOVELLI
nato a POTENZA (.....), il 8-5-52, residente a POTENZA
(.....), via/piazza VIA. P.S. ANTONI, n. 182
codice fiscale NOVL8052149920 in attività professionale di medico
LIBERO PROFESSIONISTA

- consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 per le ipotesi di dichiarazioni mendaci rese nella presente dichiarazione;
- preso atto che la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito web dell'Arma dei Carabinieri,

DICHIARA

- di svolgere i seguenti incarichi presso enti di diritto privato o finanziati dalla Pubblica Amministrazione:

N.	DENOMINAZIONE DELL'ENTE	INCARICO RICEVUTO
1		
2		
3		

(sbarrare la tabella in caso di assenza di incarichi)

- di ricoprire le seguenti cariche presso enti di diritto privato o finanziati dalla Pubblica Amministrazione:

N.	DENOMINAZIONE DELL'ENTE	INCARICO RICEVUTO
1		
2		
3		

(sbarrare la tabella in caso di assenza di incarichi)

- di svolgere le seguenti attività professionali presso enti di diritto privato o finanziati dalla Pubblica Amministrazione:

N.	DENOMINAZIONE DELL'ENTE	INCARICO RICEVUTO
1		
2		
3		

(sbarrare la tabella in caso di assenza di incarichi)

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del provvedimento per il quale la dichiarazione è resa.

Data: 04.07.2018

Olga Novelli
Firma del dichiarante

**ATTESTAZIONE DELL'AVVENUTA VERIFICA DELL'INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI,
ANCHE POTENZIALI, DI CONFLITTO DI INTERESSI**

Art. 53, comma 14, del decreto legislativo n. 165/2001

Ai sensi dell'art. 53, comma 14, del D.Lgs. n. 165 del 30 marzo 2001 "*Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle Amministrazioni Pubbliche*", così come modificato dall'art. 1, comma 42, lettere h) e d), della Legge n. 190 del 6 novembre 2012 "*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione*",

SI ATTESTA

che, sulla base di quanto dichiarato da **Novelli Olga**, non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interesse per il conferimento dell'incarico di Medico Generico, salvo eventuali ulteriori accertamenti.

IL CAPO SERVIZIO AMMINISTRATIVO
(Magg. antim. *Luigi Guerriero*)

Data 07/07/2018

.....
Firma

DICHIARAZIONE REALTIOVA A CARICHE, INCARICHI E ATTIVITA' PROFESSIONALI

Art. 53, comma 14, del decreto legislativo n. 165/2001

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(ex artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000)

Il sottoscritto NOVELLI OLGA
nato a POTENZA (.....), il 27-32, residente a POTENZA
....., via/piazza Via P. S. ANTONIO, n. 122
codice fiscale NVL16052E489840, con attività professionale di Medico
ORTODONCO LIBERO PROFESSIONISTA

- consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 per le ipotesi di dichiarazioni mendaci rese nella presente dichiarazione;
- preso atto che la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito web dell'Arma dei Carabinieri,

DICHIARA

- l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interesse, ai sensi della vigente normativa, con l'Arma dei Carabinieri;
- di non presentare altre cause di incompatibilità a svolgere prestazioni di consulenza nell'interesse dell'Arma dei Carabinieri.

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del provvedimento per il quale la dichiarazione è resa.

Data 24.07.2016

Olga Novelli
Firma del dichiarante

DICHIARAZIONE REALTIVA A CARICHE, INCARICHI E ATTIVITA' PROFESSIONALI

Art. 15, co. 1, let. c), del D.Lgs. n. 33/2013

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(ex artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000)

Il sottoscritto JLPA NOVELLI
nato a POTENZA (.....), il 8-5-52, residente a POTENZA
....., via/piazza VIA P.S. ANTONI, n. 122
codice fiscale MVKL6052L4992U con attività professionale di Medico
LIBERO PROFESSIONISTA

- consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 per le ipotesi di dichiarazioni mendaci rese nella presente dichiarazione;
- preso atto che la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito web dell'Arma dei Carabinieri,

DICHIARA

- di svolgere i seguenti incarichi presso enti di diritto privato o finanziati dalla Pubblica Amministrazione:

N.	DENOMINAZIONE DELL'ENTE	INCARICO RICEVUTO
1		
2		
3		

(sbarrare la tabella in caso di assenza di incarichi)

- di ricoprire le seguenti cariche presso enti di diritto privato o finanziati dalla Pubblica Amministrazione:

N.	DENOMINAZIONE DELL'ENTE	INCARICO RICEVUTO
1		
2		
3		

(sbarrare la tabella in caso di assenza di incarichi)

- di svolgere le seguenti attività professionali presso enti di diritto privato o finanziati dalla Pubblica Amministrazione:

N.	DENOMINAZIONE DELL'ENTE	INCARICO RICEVUTO
1		
2		
3		

(sbarrare la tabella in caso di assenza di incarichi)

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del provvedimento per il quale la dichiarazione è resa.

Data: 24/07/2018

[Firma]
Firma del dichiarante

**ATTESTAZIONE DELL'AVVENUTA VERIFICA DELL'INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI,
ANCHE POTENZIALI, DI CONFLITTO DI INTERESSI**

Art. 53, comma 14, del decreto legislativo n. 165/2001

Ai sensi dell'art. 53, comma 14, del D.Lgs. n. 165 del 30 marzo 2001 "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle Amministrazioni Pubbliche", così come modificato dall'art. 1, comma 42, lettere h) e d), della Legge n. 190 del 6 novembre 2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione",

SI ATTESTA

che, sulla base di quanto dichiarato da **Novelli Olga**, non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interesse per il conferimento dell'incarico di Medico Generico, salvo eventuali ulteriori accertamenti.

Data 24/07/2018

IL CAPO SERVIZIO AMMINISTRATIVO
(Magg. amm. Antonio Guerriero)

Firma

DICHIARAZIONE REALTIOVA A CARICHE, INCARICHI E ATTIVITA' PROFESSIONALI

Art. 53, comma 14, del decreto legislativo n. 165/2001

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(ex artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000)

Il sottoscritto NOVELLI OLGA
nato a POTENZA (.....), il 27-32, residente a POTENZA
....., via/piazza Via P. S. ANTONIO, n. 122
codice fiscale NVL16052E489840, con attività professionale di Medico
ORTODONCO LIBERO PROFESSIONISTA

- consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 per le ipotesi di dichiarazioni mendaci rese nella presente dichiarazione;
- preso atto che la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito web dell'Arma dei Carabinieri,

DICHIARA

- l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interesse, ai sensi della vigente normativa, con l'Arma dei Carabinieri;
- di non presentare altre cause di incompatibilità a svolgere prestazioni di consulenza nell'interesse dell'Arma dei Carabinieri.

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del provvedimento per il quale la dichiarazione è resa.

Data 24.07.2016

Olga Novelli
Firma del dichiarante

DICHIARAZIONE REALTIVA A CARICHE, INCARICHI E ATTIVITA' PROFESSIONALI

Art. 15, co. 1, let. c), del D.Lgs. n. 33/2013

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(ex artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000)

Il sottoscritto JLPA NOVELLI
nato a POTENZA (.....), il 8-5-52, residente a POTENZA
....., via/piazza VIA P.S. ANTONI, n. 122
codice fiscale MVKL6052L4992U con attività professionale di Medico
LIBERO PROFESSIONISTA

- consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 per le ipotesi di dichiarazioni mendaci rese nella presente dichiarazione;
- preso atto che la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito web dell'Arma dei Carabinieri,

DICHIARA

- di svolgere i seguenti incarichi presso enti di diritto privato o finanziati dalla Pubblica Amministrazione:

N.	DENOMINAZIONE DELL'ENTE	INCARICO RICEVUTO
1		
2		
3		

(sbarrare la tabella in caso di assenza di incarichi)

- di ricoprire le seguenti cariche presso enti di diritto privato o finanziati dalla Pubblica Amministrazione:

N.	DENOMINAZIONE DELL'ENTE	INCARICO RICEVUTO
1		
2		
3		

(sbarrare la tabella in caso di assenza di incarichi)

- di svolgere le seguenti attività professionali presso enti di diritto privato o finanziati dalla Pubblica Amministrazione:

N.	DENOMINAZIONE DELL'ENTE	INCARICO RICEVUTO
1		
2		
3		

(sbarrare la tabella in caso di assenza di incarichi)

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del provvedimento per il quale la dichiarazione è resa.

Data: 24/07/2018

[Firma]
Firma del dichiarante

**ATTESTAZIONE DELL'AVVENUTA VERIFICA DELL'INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI,
ANCHE POTENZIALI, DI CONFLITTO DI INTERESSI**

Art. 53, comma 14, del decreto legislativo n. 165/2001

Ai sensi dell'art. 53, comma 14, del D.Lgs. n. 165 del 30 marzo 2001 "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle Amministrazioni Pubbliche", così come modificato dall'art. 1, comma 42, lettere h) e d), della Legge n. 190 del 6 novembre 2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione",

SI ATTESTA

che, sulla base di quanto dichiarato da **Novelli Olga**, non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interesse per il conferimento dell'incarico di Medico Ortopedico, salvo eventuali ulteriori accertamenti.

Data 24/07/2018

IL CAPO SERVIZIO AMMINISTRATIVO
(Magg. amm. *Antonio Guerriero*)

.....
Firma

DICHIARAZIONE REALTIOVA A CARICHE, INCARICHI E ATTIVITA' PROFESSIONALI

Art. 53, comma 14, del decreto legislativo n. 165/2001

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(ex artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000)

Il sottoscritto NOVELLI OLCIA
nato a POTENZA (.....), il 22-32, residente a POTENZA
....., via/piazza VIA P. S. ANTONIO, n. 122
codice fiscale NVLG052E48P5420, con attività professionale di Medico
ORTODONCO CIABRO PROFESSIONISTA

- consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 per le ipotesi di dichiarazioni mendaci rese nella presente dichiarazione;
- preso atto che la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito web dell'Arma dei Carabinieri,

DICHIARA

- l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interesse, ai sensi della vigente normativa, con l'Arma dei Carabinieri;
- di non presentare altre cause di incompatibilità a svolgere prestazioni di consulenza nell'interesse dell'Arma dei Carabinieri.

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del provvedimento per il quale la dichiarazione è resa.

Data 22/10/18

Olga Novelli
Firma del dichiarante

DICHIARAZIONE REALTIVA A CARICHE, INCARICHI E ATTIVITA' PROFESSIONALI

Art. 15, co. 1, let. c), del D.Lgs. n. 33/2013

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(ex artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000)

Il sottoscritto JLPA NOVELLI
nato a POTENZA (.....), il 8-5-52, residente a POTENZA
....., via/piazza VIA P.S. ANTONI, n. 122
codice fiscale NVKLG0524LR920 attività professionale di MEDICO
LIBERO PROFESSIONISTA

- consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 per le ipotesi di dichiarazioni mendaci rese nella presente dichiarazione;
- preso atto che la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito web dell'Arma dei Carabinieri,

DICHIARA

- di svolgere i seguenti incarichi presso enti di diritto privato o finanziati dalla Pubblica Amministrazione:

N.	DENOMINAZIONE DELL'ENTE	INCARICO RICEVUTO
1		
2		
3		

(sbarrare la tabella in caso di assenza di incarichi)

- di ricoprire le seguenti cariche presso enti di diritto privato o finanziati dalla Pubblica Amministrazione:

N.	DENOMINAZIONE DELL'ENTE	INCARICO RICEVUTO
1		
2		
3		

(sbarrare la tabella in caso di assenza di incarichi)


- di svolgere le seguenti attività professionali presso enti di diritto privato o finanziati dalla Pubblica Amministrazione:

N.	DENOMINAZIONE DELL'ENTE	INCARICO RICEVUTO
1		
2		
3		

(sbarrare la tabella in caso di assenza di incarichi)

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del provvedimento per il quale la dichiarazione è resa.

Data 22.10.2018


Firma del dichiarante

**ATTESTAZIONE DELL'AVVENUTA VERIFICA DELL'INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI,
ANCHE POTENZIALI, DI CONFLITTO DI INTERESSI**

Art. 53, comma 14, del decreto legislativo n. 165/2001

Ai sensi dell'art. 53, comma 14, del D.Lgs. n. 165 del 30 marzo 2001 "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle Amministrazioni Pubbliche", così come modificato dall'art. 1, comma 42, lettere h) e d), della Legge n. 190 del 6 novembre 2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione",

SI ATTESTA

che, sulla base di quanto dichiarato da **Novelli Olga**, non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interesse per il conferimento dell'incarico di Medico Generico, salvo eventuali ulteriori accertamenti.

Data 22/10/2018

IL CAPO SERVIZIO AMMINISTRATIVO
(Magg. amm. Antonio Guemiero).....

Firma

DICHIARAZIONE REALTIOVA A CARICHE, INCARICHI E ATTIVITA' PROFESSIONALI

Art. 53, comma 14, del decreto legislativo n. 165/2001

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(ex artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000)

Il sottoscritto NOVELLI OLGA
nato a POTENZA (.....), il 23-52, residente a POTENZA
....., via/piazza via P. S. ANTONIO, n. 122
codice fiscale NVLLG052E48P542J, con attività professionale di Medico
ORTODONCO CIBERO, PROFESSIONISTA

- consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 per le ipotesi di dichiarazioni mendaci rese nella presente dichiarazione;
- preso atto che la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito web dell'Arma dei Carabinieri,

DICHIARA

- l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interesse, ai sensi della vigente normativa, con l'Arma dei Carabinieri;
- di non presentare altre cause di incompatibilità a svolgere prestazioni di consulenza nell'interesse dell'Arma dei Carabinieri.

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del provvedimento per il quale la dichiarazione è resa.

Data 03.01.2016

Olga Novelli
Firma del dichiarante

DICHIARAZIONE REALTIVA A CARICHE, INCARICHI E ATTIVITA' PROFESSIONALI

Art. 15, co. 1, let. c), del D.Lgs. n. 33/2013

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(ex artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000)

Il sottoscritto JLGA NOVELLI
nato a POTENZA (...), il 8-5-52, residente a POTENZA
(...), via/piazza VIA P.S. ANTONI n. 122
codice fiscale NVKLG052K49820 con attività professionale di MEDICO
LIBERO PROFESSIONISTA

- consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 per le ipotesi di dichiarazioni mendaci rese nella presente dichiarazione;
- preso atto che la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito web dell'Arma dei Carabinieri,

DICHIARA

- di svolgere i seguenti incarichi presso enti di diritto privato o finanziati dalla Pubblica Amministrazione:

N.	DENOMINAZIONE DELL'ENTE	INCARICO RICEVUTO
1		
2		
3		

(sbarrare la tabella in caso di assenza di incarichi)

- di ricoprire le seguenti cariche presso enti di diritto privato o finanziati dalla Pubblica Amministrazione:

N.	DENOMINAZIONE DELL'ENTE	INCARICO RICEVUTO
1		
2		
3		

(sbarrare la tabella in caso di assenza di incarichi)

- di svolgere le seguenti attività professionali presso enti di diritto privato o finanziati dalla Pubblica Amministrazione:

N.	DENOMINAZIONE DELL'ENTE	INCARICO RICEVUTO
1		
2		
3		

(sbarrare la tabella in caso di assenza di incarichi)

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del provvedimento per il quale la dichiarazione è resa.

Data: 03-01-2016

[Firma]
Firma del dichiarante

**ATTESTAZIONE DELL'AVVENUTA VERIFICA DELL'INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI,
ANCHE POTENZIALI, DI CONFLITTO DI INTERESSI**

Art. 53, comma 14, del decreto legislativo n. 165/2001

Ai sensi dell'art. 53, comma 14, del D.Lgs. n. 165 del 30 marzo 2001 "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle Amministrazioni Pubbliche", così come modificato dall'art. 1, comma 42, lettere h) e d), della Legge n. 190 del 6 novembre 2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione",

SI ATTESTA

che, sulla base di quanto dichiarato da **Novelli Olga**, non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto d'interesse per il conferimento dell'incarico di Medico Generico, salvo eventuali ulteriori accertamenti.

IL CAPO SERVIZIO AMMINISTRATIVO
(Magg. amm. Antonio Gierviero)

Data 03/01/2018

.....
Firma