

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a IFASCELLA PAOLO
nato a CALATAFIMI (prov. TP) il 11/10/71
e residente in CALATAFIMI-SEGESTA via C. D. A. FRANCO (prov. TP),
nella qualità di CONSIGLIERE COMUNALE del Comune di Calatufimi Segesta

DICHIARA

di appartenere, a qualunque titolo ad associazioni massoniche o similari che creino vincoli gerarchici, solidaristici e di obbedienza.

di NON appartenere, a qualunque titolo ad associazioni massoniche o similari che creino vincoli gerarchici, solidaristici e di obbedienza.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle sanzioni penali cui incorre in caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

Il/La sottoscritto/a, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 (codice di protezione dei dati personali), dichiara di essere a conoscenza che i propri dati saranno trattati per assolvere agli scopi istituzionali ed al principio di pertinenza.

Il sottoscritto allega fotocopia di documento di identità in corso di validità.

CALATAFIMI 04/10/19

(luogo e data)

Paolo Isella
Il/La dichiarante
(firma per esteso e leggibile)

Cognome..... FASCELLA
 Nome..... PAOLO
 nato il..... 11/10/1971
 (atto n. 83 1 s. A)
 a..... CALATAFIMI (TP)
 Cittadinanza..... ITALIANA
 Residenza..... CALATAFIMI (TP) REGESTA
 Via..... VIA A. MORO "COOP SASI", 4/D1-INT. 1
 Stato civile.....
 Professione.....
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
 Statura..... m. 1.65
 Capelli..... BRIZZOLATI
 Occhi..... CASTANI
 Segni particolari.....

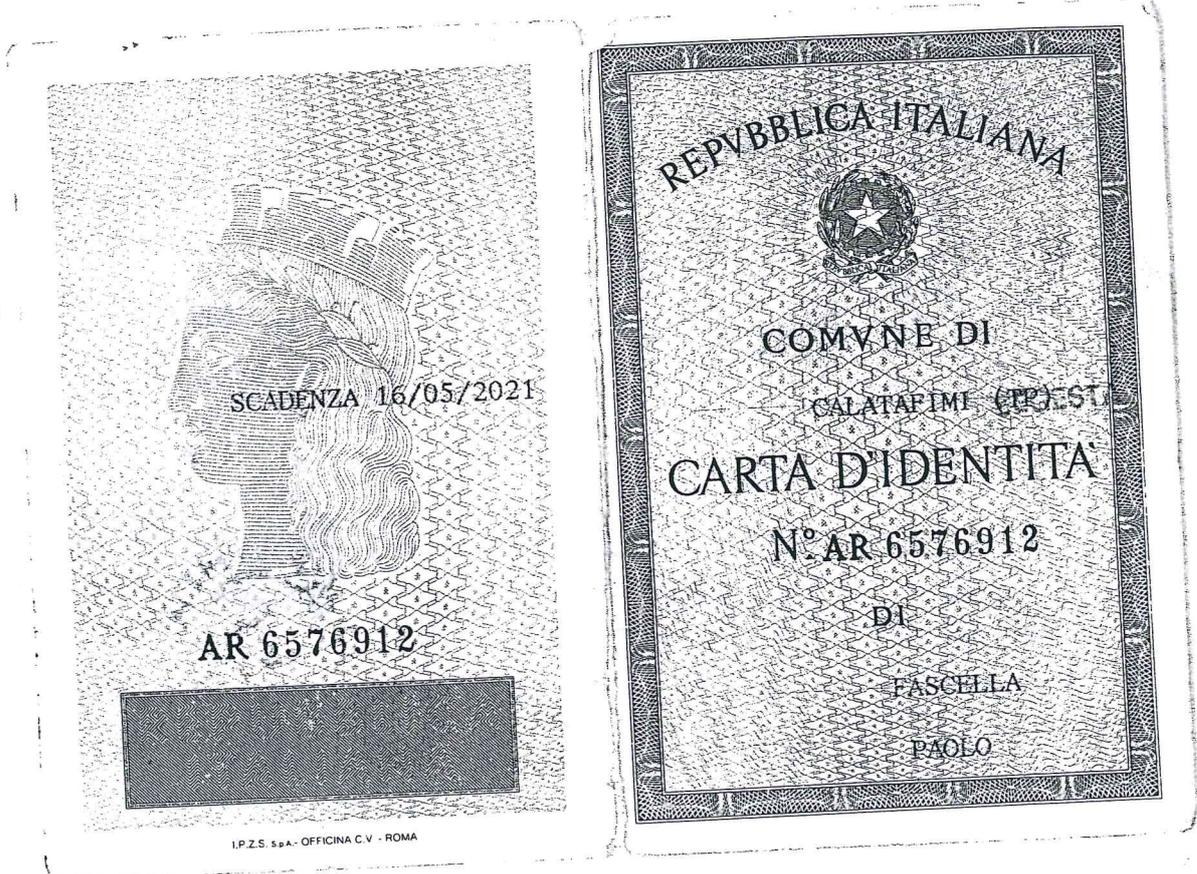


Firma del titolare..... Paolo Fasella
 CALATAFIMI li 17/05/2017
 IL SINDACO
 Impronta del dito indice sinistro

REPUBLICA ITALIANA
TESSERA SANITARIA
 CARTA REGIONALE DEI SERVIZI

Codice fiscale: FSCPLA71R11B385H Sesso: M
 Cognome: FASCELLA
 Nome: PAOLO
 Luogo di nascita: CALATAFIMI (TP)
 Provincia: TP
 Data di nascita: 11/10/1971
 Data di scadenza: 05/12/2022

REGIONE SICILIANA



TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA

1. Cognome: **FASCELLA**

4. Nome: **PAOLO**

5. Data di nascita: **11/10/1971**

6. Numero identificazione persona: **FSCPLA71R11B385H**

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

8. Numero di identificazione della tessera: **60380001900124899559**

9. Scadenza: **05/12/2022**