



(in caso di attività libero-professionale intramuraria, non è necessario indicarne il compenso)

ALTRO__ATTIVITA' AVVOCATO LIBERO PROFESSIONISTA

Dichiara inoltre:

- di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 12 del D. Lgs n. 101/2018, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del provvedimento per il quale la dichiarazione è resa;
- di essere informato che, ai sensi dell'art. 15, comma 1, lett. C) del D. Lgs n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito web dell'amministrazione in apposita sezione di Amministrazione Trasparente;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente alla ASL BA ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Bari, _____

19/05/2022



IL /LA DICHIARANTE (firma leggibile per esteso)

***allegato documento identità personale

Cognome **D'AMBROSIO**
 Nome **ANTONIO**
 nato il **16/01/1975**
 (atto n. **160** **I_s** **A**)
 a **BARI** (.....)
 Cittadinanza **ITALIANA**
 Residenza **BARI**
 Via **CORSO CAUDOUR 118**
 Stato civile **CONIUGATO**
 Professione.....
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
 Statura **m. 1,82**
 Capelli **neri**
 Occhi **castani**
 Segni particolari.....
 DIRITTI EURO **10,58**

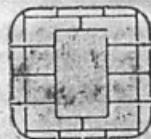


Firma del titolare *Antonio D'Ambrosio*
BARI il **19/05/2015**
 IL SINDACO
Stefano...
 Impronta del dito indice sinistro






CARTA NAZIONALE DEI SERVIZI



Data di
scadenza

10/10/2018

REPUBBLICA ITALIANA
TESSERA SANITARIA
CARTA REGIONALE DEI SERVIZI



Codice
Fiscale

DMBNTN75A16A662U Sesso

M

Cognome

D'AMEROSIO

Nome

ANTONIO

Luogo
di nascita

BARI

Provincia

BA

Data
di nascita

16/01/1975

Dati sanitari regionali



REGIONE PUGLIA