

Al Presidente del Comitato Elettorale

Data, 18.03.21

Il sottoscritto **ACHILLE LAZZARONI**

Nato il **13.07.1982** a **RHO (MI)**

Residente a **LAINATE (MI), Via MAZZINI 9**

Cell **340 8782531**

e-mail **achillelazzaroni1@gmail.com**

Professione **IMPIEGATO**

Codice fiscale **LZZCLL82L13H264Z**

**ACCETTA**

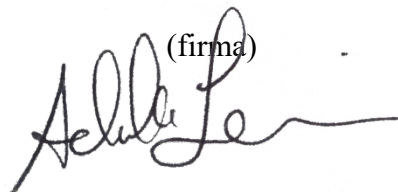
la carica di **REVISORE DEI CONTI**

per il mandato 2021/2024 e a tal fine, anche ai sensi dell'art. 21 del Regolamento di attuazione dello Statuto Nazionale AVIS,

**DICHIARO**

a norma degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e successive modifiche e integrazioni

1. che in caso di nomina o designazione mi obbligo ad assicurare la corretta rappresentanza degli interessi dell'AVIS, conformando il mio comportamento alle norme di legge, ai provvedimenti ed atti adottati dall'AVIS nonché agli indirizzi e alle direttive istituzionali emanate o emanante dall'AVIS Nazionale;
2. di non trovarsi in nessuna delle cause ostative previste dallo Statuto AVIS Nazionale, dal Regolamento AVIS Nazionale e dalle norme del Codice Etico
3. che non sussistono a mio carico motivi di conflitto con AVIS Nazionale.

 (firma)

**NB:** allegare un documento di riconoscimento ed il codice fiscale.

**AUTOCERTIFICAZIONE ANTIMAFIA PERSONE FISICHE**

(Art. 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

**NON SOGGETTA AD AUTENTICAZIONE- ESENTE DA BOLLO (d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, art. 37, c.1)**

Il sottoscritto **ACHILLE LAZZARONI**

Nato a **RHO ()** il **13.07.1982** codice fiscale **LZZCLL82L13H264Z**

residente in **LAINATE (MI)** in **Via MAZZINI 9;**

*consapevole che le dichiarazioni mendaci, la formazione e l'uso di atti falsi o l'esibizione di atti contenenti dati non più rispondenti a verità sono puniti ai sensi delle norme codice penale (e delle leggi speciali in materia) richiamate dall'art. 75 e 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 ferma restando, a norma del disposto dell'art. 75, dello stesso D.P.R. n. 445/2000, nel caso di dichiarazione non veritiera, la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti e sotto la propria personale responsabilità*

**ATTESTA E DICHIARA**

- a) Che, ai sensi della vigente normativa antimafia, nei propri confronti non sussistono cause di divieto, di decadenza o di sospensione indicate nell'allegato 1 al Decreto legislativo 8 agosto 1994 n. 490 con riferimento all'art.10 della legge 31 maggio 1965 n.575 -e successive modifiche e integrazioni-;
- b) di non essere a conoscenza dell'esistenza di cause di divieto, di decadenza o di sospensione indicate dall'art.10 della legge 31 maggio 1965 n.575 e successive modifiche e integrazioni, nei confronti dei propri conviventi nominativamente elencati:

|                                    |                         |                      |
|------------------------------------|-------------------------|----------------------|
| 1° <b>OANA CRISTINA CARABECZ</b>   | nato a <b>BUCARESTI</b> | il <b>12.02.1986</b> |
| 2° <b>GIORGIA CLELIA LAZZARONI</b> | nato a <b>MILANO</b>    | il <b>13.04.2015</b> |
| 3° <b>ANDREA LAZZARONI</b>         | nato a <b>MILANO</b>    | il <b>22.09.2018</b> |

Dichiaro di avere n° 3 persone conviventi.

Lainate, li 18.03.2021

IL/LA DICHIARANTE



- La mancata accettazione della presente dichiarazione sostitutiva costituisce violazione dei doveri d'ufficio (art. 3, comma 4, legge 127/97)
- Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata all'ufficio competente unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore. È ammessa la presentazione anche via fax, per via telematica o mezzo posta.

**DICHIARAZIONE sostitutiva del Certificato del Casellario giudiziale e dei carichi pendenti.**

**Dichiarazione di presa visione ed accettazione delle norme associative che disciplinano le incompatibilità**

Il sottoscritto **ACHILLE LAZARONI**

nato a **RHO** il **13.07.1982**

residente nel Comune di **LAINATE (MI)**, in Via **MAZZINI 9**

Stato **ITALIA**

Codice fiscale **LZZCLL82L13H264Z**

nella sua qualità di **REVISORE DEI CONTI**

dell'**Avis Comunale** con sede nel Comune di **LAINATE** in via **CAGNOLA 5 C.F. 93510160158**

consapevole del fatto che, in caso di mendace dichiarazione verranno applicate nei suoi riguardi, ai sensi dell'articolo 76 del DPR n. 445 del 28.12.2000, le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti, oltre alle conseguenze amministrative previste per le procedure relative agli appalti di servizi,

**d i c h i a r a**

che dal **certificato generale del casellario giudiziale** della Procura della Repubblica presso il Tribunale di MILANO risulta a proprio carico: **NULLA**

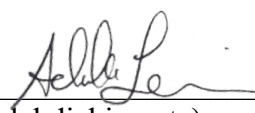
che dal **certificato dei carichi pendenti** presso la Procura della Repubblica presso il Tribunale di MILANO risulta a proprio carico: **NULLA**

**Inoltre, autocertifico e assumo impegno:**

- a) che non è mai stata pronunciata, nei confronti del sottoscritto, sentenza di condanna passata in giudicato, ovvero di sentenze di applicazione della pena su richiesta ai sensi dell'art. 444 del codice di procedura penale per qualsiasi reato che incida sulla affidabilità morale e professionale;
- b) che nei confronti del sottoscritto non è pendente procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'art. 3 della Legge 27.12.1956, n. 1423;
- c) di aver preso attentamente visione di quanto disposto dall'art. 15 c. 5 dello Statuto Regionale nonché dagli articoli 8 c. 7 --21 c. 2-3-4 e 27 . 3 del Regolamento Nazionale
- d) di impegnarsi, ove eletto, a rimuovere le eventuali situazioni di incompatibilità di cui al comma precedente
- e) a comunicare tempestivamente al Presidente ed alla Segreteria di competenza eventuali situazioni di incompatibilità che dovessero presentarsi nel corso del mandato

LAINATE, 18.03.2021

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

  
\_\_\_\_\_  
( firma del dichiarante)

Il sottoscritto dichiara inoltre, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs.n.196 del 30 giugno 2003, di essere stato informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

  
\_\_\_\_\_  
( firma del dichiarante)

Allegati: copia di un documento d'identità, in corso di validità, del dichiarante.

Cognome **LAZZARONI**  
Nome **ACHILLE**  
nato il **13/07/1982**  
(atto n. **649** P **1** S. A **1982**)  
a **RHO** **MI**  
Cittadinanza **ITALIANA**  
Residenza **Lainate**  
Via **VIA F. BRUNELLESCHI 3**  
Stato civile **LIBERO**  
Professione **OPERAIO**

CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI

Statura: **1,80**  
Capelli **CASTANI CHIARI**  
Occhi **VERDI**  
Segni particolari **NESSUNO**



Firma del titolare *Achille Lazzaroni*

**Lainate**, **17/06/2013**

Impronta del dito  
indice sinistro

**D'ORDINE DEL SINDACO**

*f.to Camparini*



**SCADENZA 13/07/2023**

**AU 1168092**



IRZS spa - C.C.V. - ROMA

**REPUBBLICA ITALIANA**



**COMUNE DI  
LAINATE**

**CARTA D'IDENTITA'**

**N° AU 1168092**

**DI  
LAZZARONI**

**ACHILLE**

TESSERA REGIONALE DI ASSEGNAZIONE SERVIZI

3 Cognome **LAZZARONI**

4 Nome **ACHILLE** 5 Data di nascita **13/07/1982**

6 Numero identificazione personale **LZZCLL82L13H264Z** 7 Numero identificazione dell'iscrizione **SSN-MIN SALUTE 500001**

8 Numero di identificazione della tessera **80380000305023970058** 9 Scadenza **11/06/2021**

REPUBLICA ITALIANA

**TESSERA SANITARIA**  
CARTA REGIONALE DEI SERVIZI

Codice Fiscale **LZZCLL82L13H264Z** Sesso **M**

Cognome **LAZZARONI**

Nome **ACHILLE**

Luogo di nascita **RHO**

Provincia **MI**

Data di scadenza **11/06/2021**

Data di nascita **13/07/1982**

Dati sanitari regionali

Regione **Lombardia**