Dichiarazione sostitutiva ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii. in materia di obblighi informativi di cui all'art. 15, c. 1, lett. c) del D. Lgs. 33/13

(*Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni*)

Il sottoscritto Nome **MAURO** Cognome **CAFARO** nato [redacted] in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 15, comma 1 lett.c) del D.Lgs. 33/13, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall' art. 76 del D.P.R. 445/00 per ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità.

DICHIARA

□ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere le seguenti titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
(indicare titolo dell'incarico/carica, denominazione ente, durata dell'incarico/carica)

⊟ **X** di non svolgere incarichi e/o rivestire cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione;

⊟ **X** di svolgere la seguente attività professionale
(indicare tipologia, denominazione ente/società/studio)

ATTIVITA' DI CONSULENZA AMMINISTRATIVO-GESTIONALE E PIANIFICAZIONE AZIENDALE E CONSULENZA IMPRENDITORIALE (ATECO 70.22.09), ESPLETATA IN FORMA DI DITTA INDIVIDUALE

⊟ di essere informato/a che la presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito istituzionale della Fondazione IFEL nell' Area Amministrazione Trasparente – Sezione Consulenti e Collaboratori unitamente al proprio curriculum vitae.

Con la sottoscrizione della presente dichiarazione il Dott. **MAURO CAFARO**

1) si impegna a comunicare tempestivamente ad IFEL qualsiasi mutamento della situazione dichiarata e a rendere, nel caso, una nuova dichiarazione.
2) autorizza espressamente il trattamento dei propri dati personali che saranno trattati dalla Fondazione IFEL, per assolvere agli scopi istituzionali ed al principio di pertinenza, nel rispetto di quanto disposto in materia dall'art. 13 del D.Lgs. 196/03.

Data, **22/05/2023**

Il Dichiarante

Allegare fotocopia documento di identità in corso di validità

RESIDENZA / RESIDENCE / DOMICILE (11)

CAGGIANO (SA)

RESIDENZA / RESIDENCE / DOMICILE (11)

RESIDENZA / RESIDENCE / DOMICILE (11)

STATURA / HEIGHT / TAILLE (12)

177

COLORE DEGLI OCCHI / COLOUR OF EYES / COULEUR DES YEUX (13)

MARRONI

3

PASSAPORTO
PASSPORT
PASSEPORT

REPUBBLICA ITALIANA

Tipo. Type. Type. **Codice Paese.** Code of issuing State. Code du Pays émetteur. **Passaporto N.** Passport No. Passeport N°.

P ITA YC0276885

Cognome. Surname. Nom. (1)
CAFARO

Nome. Given Names. Prénoms. (2)
MAURO

Cittadinanza. Nationality. Nationalité. (3)
ITALIANA

Data di nascita. Date of birth. Date de naissance. (4)
19 MAR/MAR 1969

Sesso. Sex. Sexe. (5) **Luogo di nascita.** Place of birth. Lieu de naissance. (6)
M POLLA (SA)

Data di rilascio. Date of issue. Date de délivrance. (7)
22 SET/SEP 2022

Data di scadenza. Date of expiry. Date d'expiration. (8)
21 SET/SEP 2032

Autorità. Authority. Autorité. (9)
MINISTRO AFFARI ESTERI
E COOPERAZIONE INTERNAZIONALE

Firma del titolare. (10)
Holder's signature / Signature du titulaire

P<ITACAFARO<<MAURO<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<

YC0276885 0ITA6903192M3209217<<<<<<<<<<<<<<<06