

Con la presente, il sottoscritto Dott. Proietti Roberto nato a Roma il 04/09/1963 e residente a Castel Madama (RM), in via San Sebastiano 105, Cap 00024, in qualità di magistrato amministrativo docente presso la Scuola di Specializzazione per le prof. legali A \. 2013-14,

Dichiara

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall' art. 76 del citato testo unico per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

☒ di non svolgere incarichi, di non di rivestire cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione né di svolgere attività professionali


Ovvero

☐ di svolgere i seguenti incarichi o di rivestire le seguenti cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione ovvero di svolgere le seguenti attività professionali:

Il sottoscritto, unisce alla presente dichiarazione la fotocopia del seguente documento di identità:

Carta di identità, n. AS 7840546,
rilasciato da Comune di Castel Madama il 18.05.2011.

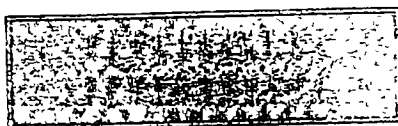
Roma, 19/09/2014

FIRMA


(*) indicare la qualità

Scadenza : 17-05-2021
Diritti : 5,42

AS 7840546



LP 28.89A - OFFICINA C.V. - ROMA

REPUBBLICA ITALIANA



COMUNE DI
CASTEL MADAMA

CARTA D'IDENTITA'

N° AS 7840546

DI
PROIETTI ROBERTO

Cognome **PROIETTI**

Nome **ROBERTO**

nato il **04-09-1963**

(atto n. **1696** P.1 S.A. **1963**)

a. **ROMA (RM)**

Cittadinanza **Italiana**

Residenza **CASTEL MADAMA (RM)**

Via **S. SEBASTIANO 105**

Stato civile **CONIUGATO**

Professione **MAGISTRATO**


CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI

Statura **180**

Capelli **Brizzolati**

Occhi **Castani**

Segni particolari



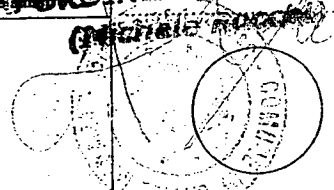
Firma del titolare *Roberto Proietti*

CASTEL MADAMA li **18-05-2011**

Impronta del dito indice **IL SINDACO**

ORDINE DEL SINDACO

Giuseppe Proietti



REPUBLICA ITALIANA
TESSERA SANITARIA

Codice Fiscale **PRTRRT63P04H501Y**

Cognome **PROIETTI**

Nome **ROBERTO**

Luogo di nascita **ROMA**

Provincia **RM**

Data di nascita **04/09/1963**



Data di scadenza **14/09/2017**

Sesso **M**

Dati sanitari regionali