



MODELLO D - DICHIARAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE E DELLE OBBLIGAZIONI ASSUNTE PER LA CAMPAGNA ELETTORALE DA PARTE DEL PRESIDENTE / CONSIGLIERE MUNICIPALE / ASSESSORE MUNICIPALE

CICLO AMMINISTRATIVO 2025-2030

Municipio I Genova Centro Est

Il/la sottoscritto/a

DICHIARANTE	
Carica ricoperta nel Municipio CONSIGLIERE	
Cognome MASSA	Nome MASSIMILIANO

Ai sensi del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 e della legge 5 luglio 1982, n. 441

(barrare la sola casella che riguarda la propria situazione)

☒ **Dichiara di aver sostenuto le seguenti spese ed aver assunto le seguenti obbligazioni per la propaganda elettorale:**

DESCRIZIONE	IMPORTO
"SANTINI" ELETTORALI	230,00

- ☐ **Dichiara di non aver sostenuto spese per la propaganda elettorale**
- ☐ **Dichiara di essersi avvalso esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista ha fatto parte.**



DICHIARA ALTRESI'

DATI RELATIVI ALLE DICHIARAZIONI DI CUI ALL'ART. 4, COMMA 3, DELLA LEGGE 18 NOVEMBRE 1981, N. 659 E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI

- ☐ Che non ricorrono le circostanze per il deposito delle copie delle dichiarazioni di cui all'art. 4, comma 3, della legge n. 659/1981 e ss.mm.ii., relative ad eventuali contributi ricevuti;
- ☐ Allego n° _____ copie delle dichiarazioni di cui all'art. 4, comma 3, della legge n. 659/1981 e ss.mm.ii., relative ad eventuali contributi ricevuti

Sono consapevole che la presente dichiarazione verrà pubblicata nella sezione Amministrazione Trasparente del sito istituzionale del Comune di Genova ai sensi dell'art. 14 del D. Lgs. 33/2013.

Sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii;

Luogo, data

Genova 3.6.2025

Firma

[Handwritten Signature]

REPUBLICCA ITALIANA
TESSERA SANITARIA
SERVIZIO REGIONALE

Codice Fiscale: **MSSMSM70H23D969W** Sesso: **M**

Cognome: **MASSA**
Nome: **MASSIMILIANO**

Data di scadenza: **04/08/2027**
Data di nascita: **23/06/1970**

Dati sanitari regionali
REGIONE LIGURIA

TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA





3 Cognome	MASSA	4 Data di nascita
4 Nome	MASSIMILIANO	23/06/1970
6 Numero di identificazione	MSSMSM70H23D969W SSN-MIN SALUTE - 500001	
8 Numero di identificazione	80380000700306400676	9 Scadenza 04/08/2027

