



**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**

<b>DICHIARANTE</b>	
<i>Carica ricoperta nel Municipio</i> CONSIGLIERE MUNICIPALE	
<i>Cognome</i> OLIVIERI	<i>Nome</i> PAOLA

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:**

<b>DESCRIZIONE</b>	<b>IMPORTO</b>
VOLANTINO/	35€

- 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*

3/6/25

*Firma*








**REPUBLICA ITALIANA**  
**TESSERA SANITARIA**  
 CARTA INFORMATICA DEI SERVIZI

**Codice Fiscale** LVRPLA83D59D969C **Sesso** F

**Cognome** OLIVIERI  
**Nome** PAOLA  
**Luogo di nascita** Genova Distretti sanitari regionali  
**Provincia** GE  
**Data di scadenza** 06/12/2030  
**Data di nascita** 19/04/1983

**TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA**




**3 Cognome** OLIVIERI **4 Data di nascita** 19/04/1983  
**4 Nome** PAOLA  
**6 Numero di identificazione della stazione** LVRPLA83D59D969C **SSN-MIN SALUTE - 500001**  
**8 Numero di identificazione del titolare** 80380000700320265717 **9 Scadenza** 06/12/2030

