

Prot. 15568 del 30/11/2016



**PUBBLICAZIONE DI INFORMAZIONI CONCERNENTI I  
COMPONENTI DEGLI ORGANI DI INDIRIZZO POLITICO**  
(art. 14 Decreto legislativo n. 33 del 2013)

Il sottoscritto **TOMMASO PELLEGRINO** nato a **POLLA IL 17/07/1972**

in carica alla data odierna in qualità di Presidente dell' Ente Parco Nazionale del Cilento, Vallo di Diano e Alburni,

**DICHIARA**

1. di ricoprire alla data odierna le seguenti cariche presso altri enti o privati, e di avere da questi ricevuto negli ultimi dodici mesi i seguenti compensi:

Ente pubblico o privato	Compenso ricevuto *
Sindaco del Comune di SASSANO	L'indennità è devoluta dal Sindaco per le attività sociali, culturali, di protezione civile e promozione del territorio.

2. di essere titolare, alla data odierna, dei seguenti incarichi con oneri carico della finanza pubblica, e di aver per questo ricevuto negli ultimi dodici mesi i seguenti compensi:

Incarico	Compenso ricevuto *
*(specificare se il compenso indicato è al lordo o al netto)	

3. i seguenti diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri; le azioni di società, le quote di partecipazione a società; l'esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società anche relativamente al coniuge non separato e ai presenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano.

Tipologia (diritti reali, azioni, esercizio di funzioni)	Grado di parentela
VEDI DICHIARAZIONE DEI REDDITI	



Nel caso in cui il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, non consentano all'inserimento dei dati suddetti dovranno compilare e sottoscrivere la tabella sottostante.

Nome e Cognome	Grado di parentela	Diniego del consenso (croccettare)	Firma
Cafaro Marianna	moglie	X	<i>Marianna Cafaro</i>

4. Dichiaro inoltre che ai sensi del comma 3, art. 2 della legge 441/1982 non sono state sostenute dallo stesso spese per la propaganda elettorale in quanto l'incarico avviene per nomina.

Note: (in tale spazio è possibile evidenziare aspetti da chiarire e/o specificare in ordine alle dichiarazioni di cui ai punti precedenti.


Si allega copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche.

**Sul mio onore, affermo che la dichiarazione corrisponde al vero.**

**Vallo della Lucania, 16 novembre 2016**

(Firma)

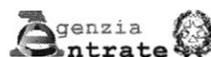
Prot. 15568 del 30/11/2016



**MODELLO 730/2016 redditi 2015**

Mod. N. **01**

**dichiarazione semplificata dei contribuenti che si avvalgono dell'assistenza fiscale**



MODELLO GRATUITO

**CONTRIBUENTE** Dichiarante  Coniuge dichiarante  Dichiarazione congiunta  Rappresentante o tutore

CODICE FISCALE DEL CONTRIBUENTE (obbligatorio) **PLLTMS72L17G793X** Soggetto fiscalmente a carico di altri  730 integrativo (vedere istruzioni)  730 senza sostituto  Situazioni particolari  Quadro K  CODICE FISCALE DEL RAPPRESENTANTE O TUTORE

COGNOME (per le donne indicare il cognome da nubile) **PELLEGRINO** NOME **TOMMASO** SESSO (M o F) **M**

**DATI DEL CONTRIBUENTE** DATA DI NASCITA GIORNO **17** MESE **07** ANNO **1972** COMUNE (o Stato estero) DI NASCITA **POLLA** PROVINCIA (sigla) **SA** TUTELATO/A  MINORE

**RESIDENZA ANAGRAFICA** COMUNI **POLLA** PROVINCIA (sigla) **SA** C.A.P.

TIPOLOGIA (Via, piazza, ecc.) \_\_\_\_\_ INDIRIZZO \_\_\_\_\_ NUM. CIVICO \_\_\_\_\_

FRAZIONE \_\_\_\_\_ GIORNO \_\_\_\_\_ DATA DELLA VARIAZIONE MESE \_\_\_\_\_ ANNO \_\_\_\_\_ Dichiarazione presentata per la prima volta

**TELEFONO E POSTA ELETTRONICA** TELEFONO PREFISSO \_\_\_\_\_ NUMERO \_\_\_\_\_ CELLULARE \_\_\_\_\_ INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA \_\_\_\_\_

**DOMICILIO FISCALE AL 01/01/2015** COMUNE **SASSANO** PROVINCIA (sigla) **SA** Casi particolari add. regionale

**DOMICILIO FISCALE AL 01/01/2016** COMUNE **SASSANO** PROVINCIA (sigla) **SA**

**FAMILIARI A CARICO**

BARRARE LA CASELLA		CODICE FISCALE (Il codice del coniuge va indicato anche se non fiscalmente a carico)	MESI A CARICO	MINORE DI 3 ANNI	%	DETRAZIONE 100% AFFIDAMENTO FIGLI	PERCENTUALE ULTERIORE DETRAZIONE PER FAMIGLIE CON ALMENO 4 FIGLI <input type="checkbox"/>	NUMERO FIGLI IN AFFIDO PREADOTTIVO A CARICO DEL CONTRIBUENTE <input type="checkbox"/>
C = Coniuge	F1 = Primo figlio							
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>CFRMNN77P54G793N</b>						
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>PLLGNN13S25F839F</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>100</b>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							

**DATI DEL SOSTITUTO D'IMPOSTA CHE EFFETTUERA IL CONGUAGLIO** Dichiarazione congiunta: compilare solo nel modello del dichiarante

COGNOME e NOME o DENOMINAZIONE **AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITA** CODICE FISCALE **06909360635** COMUNE \_\_\_\_\_

PROV. TIPOLOGIA (Via, piazza, ecc.) \_\_\_\_\_ INDIRIZZO \_\_\_\_\_ NUM. CIVICO \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ MOD. 730 DIPENDENTI SENZA SOSTITUTO

FRAZIONE \_\_\_\_\_ NUMERO DI TELEFONO / FAX \_\_\_\_\_ INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA \_\_\_\_\_ CODICE SEDE \_\_\_\_\_

**QUADRO A REDDITI DEI TERRENI**

N. ORD.	REDDITO DOMINICALE	TITOLO	REDDITO AGRARIO	POSSESSO		CANONE DI AFFITTO IN REGIME VINCOLISTICO	CASI PARTICOLARI	CONTINUAZIONE (stesso terreno rigo precedente)	IMU NON DOVUTA	COLTIVATORE DIRETTO O I.A.P.
				GIORNI	%					
A1	9,00	1	8,00	365	100	,00		<input type="checkbox"/>		
A2	11,00	1	9,00	365	100	,00		<input type="checkbox"/>		
A3	2,00	1	1,00	365	33,33	,00		<input type="checkbox"/>		
A4	17,00	1	23,00	365	100	,00		<input type="checkbox"/>		
A5	6,00	1	12,00	365	100	,00		<input type="checkbox"/>		
A6	,00		,00			,00		<input type="checkbox"/>		
A7	,00		,00			,00		<input type="checkbox"/>		
A8	,00		,00			,00		<input type="checkbox"/>		