



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI TRENTO

Via V. Zambra, 16 – 38121 Trento
Cod. Fisc. 80013290228

**DICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 15 del D.L.gs n. 33/2013
e degli ARTT. 46 e 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445**
(barrare e compilare la voce che interessa)

Trento, 27 febbraio 2025

Il sottoscritto MAURIZIO POSTAL nato a

con riferimento all'incarico di:

CONSULENZA E ASSISTENZA IN MATERIA CONTABILE E FISCALE – QUADRIENNIO 2025-2029

valendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. medesimo

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

☐ di **NON essere** titolare di incarichi o di cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

☒ di **ESSERE** titolare di incarico/incarichi o di carica/cariche presso il/i seguenti ente/i di diritto privato regolato/i finanziato/i dalla pubblica amministrazione:

Ente: ANFFAS TRENINO ONLUS

Via UNTERVEGER, 6

Città TRENTO

Incarico/carica ricoperto/a PRESIDENTE DEL COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

Ente: ASSOCIAZIONE PROVINCIALE PER I MINORI ONLUS

Via MANZONI, 6

Città TRENTO

Incarico/carica ricoperto/a REVISORE DEI CONTI

Ente: ISTITUTO TRENINO EDILIZIA ABITATIVA SPA

Via GUARDINI, 22

Città TRENTO

Incarico/carica ricoperto/a CONSULENZA FISCALE E AMMINISTRATIVA



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOLATRI
DELLA PROVINCIA DI TRENTO

Via V. Zambra, 16 – 38121 Trento
Cod. Fisc. 80013290228

☒ di svolgere le seguenti attività professionali:

Attività professionale svolta: DOTTORE COMMERCIALISTA

Ente/ditta/studio professionale _____

Via _____

Città _____

Attività professionale svolta: _____

Ente/ditta/studio professionale _____

Via _____

Città _____

Dichiara altresì che negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:

Il sottoscritto si impegna a comunicare eventuali variazioni intervenute nel corso del rapporto con l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Trento.



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOLATRI
DELLA PROVINCIA DI TRENTO

Via V. Zambra, 16 – 38121 Trento
Cod. Fisc. 80013290228

**DICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 15 del D.Lgs n. 33/2013
e degli ARTT. 46 e 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445**
(barrare e compilare la voce che interessa)

Trento, 27 febbraio 2025

Il sottoscritto MAURIZIO POSTAL nato a

con riferimento all'incarico di:

CONSULENZA E ASSISTENZA IN MATERIA CONTABILE E FISCALE – QUADRIENNIO 2025-2029

valendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. medesimo

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

- ☐ di **NON essere** titolare di incarichi o di cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione
- ☒ di **ESSERE** titolare di incarico/incarichi o di carica/cariche presso il/i seguenti ente/i di diritto privato regolato/i finanziato/i dalla pubblica amministrazione:

Ente: ISTITUTO PER L'EDILIZIA SOCIALE DELLA PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO

Via ORAZIO, 14

Città BOLZANO

Incarico/carica ricoperto/a CONSULENZA FISCALE E AMMINISTRATIVA

Ente: GRUPPO CONSILIARE PROVINCIALE LA CIVICA

Via VICOLO DELLA SAT, 12

Città TRENTO

Incarico/carica ricoperto/a CALCOLO IMPOSTE , PREDISPOSIZIONE MODELLO IRAP

Ente: GRUPPO CONSILIARE PROVINCIALE DEL PARTITO DEMOCRATICO DEL TRENTO

Via VICOLO DELLA SAT, 10

Città TRENTO

Incarico/carica ricoperto/a CALCOLO IMPOSTE , PREDISPOSIZIONE MODELLO IRAP



*ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI TRENTO*

*Via V. Zambra, 16 – 38121 Trento
Cod. Fisc. 80013290228*

☒ di svolgere le seguenti attività professionali:

Attività professionale svolta: DOTTORE COMMERCIALISTA

Ente/ditta/studio professionale _____

Via _____

Città _____

Attività professionale svolta: _____

Ente/ditta/studio professionale _____

Via _____

Città _____

Dichiara altresì che negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:

Il sottoscritto si impegna a comunicare eventuali variazioni intervenute nel corso del rapporto con l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Trento.



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOLATRI
DELLA PROVINCIA DI TRENTO

Via V. Zambra, 16 – 38121 Trento
Cod. Fisc. 80013290228

**DICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 15 del D.Lgs n. 33/2013
e degli ARTT. 46 e 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445**
(barrare e compilare la voce che interessa)

Trento, 27 febbraio 2025

Il sottoscritto MAURIZIO POSTAL nato

con riferimento all'incarico di:

CONSULENZA E ASSISTENZA IN MATERIA CONTABILE E FISCALE – QUADRIENNIO 2025-2029

valendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. medesimo

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

☐ di **NON essere** titolare di incarichi o di cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione

☒ di **ESSERE** titolare di incarico/incarichi o di carica/cariche presso il/i seguenti ente/i di diritto privato regolato/i finanziato/i dalla pubblica amministrazione:

Ente: GRUPPO CONSILIARE REGIONALE DEL PARTITO DEMOCRATICO DEL TRENTO

Via PIAZZA DANTE, 16

Città TRENTO

Incarico/carica ricoperto/a CALCOLO IMPOSTE . PREDISPOSIZIONE MODELLO IRAP

Ente: _____

Via _____

Città _____

Incarico/carica ricoperto/a _____

Ente: _____

Via _____

Città _____

Incarico/carica ricoperto/a _____



*ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOLATRI
DELLA PROVINCIA DI TRENTO*

Via V. Zambra, 16 – 38121 Trento

Cod. Fisc. 80013290228

☒ di svolgere le seguenti attività professionali:

Attività professionale svolta: DOTTORE COMMERCIALISTA

Ente/ditta/studio professionale _____

Via _____

Città _____

Attività professionale svolta: _____

Ente/ditta/studio professionale _____

Via _____

Città _____

Dichiara altresì che negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:

Il sottoscritto si impegna a comunicare eventuali variazioni intervenute nel corso del rapporto con l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Trento.