Fondazione I.R.C.C.S.
Istituto Neurologico Carlo Besta

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia

Modulo 2

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DI NOTORIETA' RELATIVA ALLA SITUAZIONE PATRIMONIALE DICHIARANTE

Cognome e Nome	MADONNA SONIA	
Data di nascita	[illegible] /1973	
Comune di residenza (1)	MILANO	Prov. MI
Stato civile	NUBILE	

(1) Indicare la residenza alla data di presentazione

Consapevole della responsabilità penale che la legge prevede in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, cosi come disposto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., dichiara di possedere quanto segue:

BENI IMMOBILI (TERRENI E FABBRICATI)

Natura del diritto (a)	Tipologia (indicare se fabbricato o terreno)	Quota di titolarità %	Italia/Estero
PROPRIETA'	PRIMA CASA	100%	ITALIA
PROPRIETA'	FABBRICATO	100%	ITALIA

a) Specificare se trattasi di proprietà, comproprietà, superficie, enfiteusi, usufrutto, uso, abitazione

BENI MOBILI ISCRITTI IN PUBBLICI REGISTRI

Tipologia – Indicare se Autovetture, aeromobile, imbarcazione da diporto	CV fiscali	Anno di immatricolazione

Fondazione I.R.C.C.S.
Istituto Neurologico Carlo Besta

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia

AZIONI E QUOTE DI PARTECIPAZIONE IN SOCIETA'			
Denominazione della società (anche estera)	Tipologia (indicare se si posseggono quote o azioni)	n. di azioni	n. di quote
BFF BANKING GROUP	AZIONI	1000	

ESERCIZIO DI FUNZIONI DI AMMINISTRATORE O DI SINDACO DI SOCIETÀ	
Denominazione della società (anche estera)	Natura dell'incarico

TITOLARITA' DI IMPRESE	
Denominazione dell'impresa	Qualifica

Eventuali annotazioni

Sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero.

Data 13/10/2023

Firma del Dichiarante