



ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E
DEGLI ODONTOIATRI DI VENEZIA
Via Mestrina 86 – 30172 Mestre – VE
Tel. 041 989479 – 989582 · Fax 041 989663
e-mail: protocollo@ordinemedicivenezia.it

Modello di dichiarazione della situazione patrimoniale dei titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo e dei titolari di incarichi dirigenziali- art. 14 d.lgs. 33/2013

I	
NOME: GABRIELE	COGNOME: CRIVELLENTI

Dichiara di possedere quanto segue

II			
BENI IMMOBILI (TERRENI E FABBRICATI)			
Natura del diritto (a)	Tipologia (indicare se fabbricato o terreno)	Quota di titolarità %	Italia/Estero
Proprietà	Fabbricato (appartamento ad uso studio professionale)	100%	Italia
2 Proprietà	2 Fabbricati (2 appartamenti ad uso abitativo)	100%	Italia

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

III		
BENI MOBILI ISCRITTI IN PUBBLICI REGISTRI		
Tipologia – Indicare se Autovetture, aeromobile, imbarcazione da diporto	CV fiscali	Anno di immatricolazione
/	/	/



ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E

DEGLI ODONTOIATRI DI VENEZIA

Via Mestrina 86 – 30172 Mestre – VE

Tel. 041 989479 – 989582 · Fax 041 989663

e-mail: protocollo@ordinemedicivenezia.it

IV

AZIONI E QUOTE DI PARTECIPAZIONE IN SOCIETÀ

Denominazione della società (anche estera)	Tipologia (indicare se si posseggono quote o azioni)	n. di azioni	n. di quote
/	/	/	/

V

ESERCIZIO DI FUNZIONI DI AMMINISTRATORE O DI SINDACO DI SOCIETÀ

Denominazione della società (anche estera)	Natura dell'incarico
/	/

VI

TITOLARITÀ DI IMPRESE

Denominazione dell'impresa	Qualifica
Studio Odontoiatrico dott. Gabriele Crivellenti	Titolare

Sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero.

Data 14/10/2021

Firmato dal dichiarante

Dott. Gabriele Crivellenti

Firma autografa omessa ai sensi del D.lgs 39/1993

L'originale della presente dichiarazione, con firma autografa, è conservata nel protocollo digitale dell'OMCeO Venezia (prot.6439/2021)



ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E
DEGLI ODONTOIATRI DI VENEZIA
Via Mestrina 86 – 30172 Mestre – VE
Tel. 041 989479 – 989582 · Fax 041 989663
e-mail: protocollo@ordinemedicivenezia.it

**Dichiarazione di negato consenso per il coniuge non separato e
per i parenti entro il secondo grado alla pubblicazione dei dati di cui
all'articolo 14 del D.Lgs N. 33/2013**

Io sottoscritto Dott. **CRIVELLENTI GABRIELE** Consigliere dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Venezia

Dichiaro che

☒ il mio coniuge non separato ☐ HA consentito ☒ NON HA consentito, come sua facoltà

☒ i miei parenti entro il secondo grado ☐ HANNO consentito ☒ NON HANNO consentito, come loro facoltà

alla pubblicazione dei dati reddituali e patrimoniali previsti dall'art. 14 lett. f) del D.lgs. n. 33/2013.

Si autorizza l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Venezia a trattare, ai sensi della L. n. 196/2003, nonché a pubblicare, ove previsto, i dati contenuti nella presente dichiarazione sul sito istituzionale.

La presente dichiarazione è resa ai sensi dell'art 46 e seguenti del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000.

Data 14/10/2021

Firmato dal dichiarante
Dott. Gabriele Crivellenti
Firma autografa omessa ai sensi del D.lgs 39/1993

L'originale della presente dichiarazione, con firma autografa, è conservata nel protocollo digitale dell'OMCeO Venezia (prot.6439/2021)