



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](mailto:protocollo@ordinemedicivenezia.it)

Modello di attestazione di variazione patrimoniale rispetto alla dichiarazione dell'anno 2022 dei titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo e dei titolari di incarichi dirigenziali- art. 14 d.lgs. 33/2013

<b>I</b>	
<b>ANDREA</b>	<b>SCHIAVON</b>

**Attesta che la situazione patrimoniale dichiarata nell'anno 2022 non ha subito variazioni.**

**Attesta che la situazione dichiarata nell'anno 2022 ha subito le seguenti variazioni in aumento o diminuzione (da indicare con i segni + o -):**

<b>II</b>				
<b>BENI IMMOBILI (TERRENI E FABBRICATI)</b>				
+/-	Natura del diritto (a)	Tipologia (indicare se fabbricato o terreno)	Quota di titolarità %	di Italia/Estero
/	/	/	/	/

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

<b>III</b>			
<b>BENI MOBILI ISCRITTI IN PUBBLICI REGISTRI</b>			
+/-	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](mailto:protocollo@ordinemedicivenezia.it)

<b>IV</b>				
<b>AZIONI E QUOTE DI PARTECIPAZIONE IN SOCIETA'</b>				
+/-	Denominazione della società (anche estera)	Tipologia (indicare se si posseggono quote o azioni)	n. di azioni	n. di quote
/	/	/	/	/

<b>V</b>		
<b>ESERCIZIO DI FUNZIONI DI AMMINISTRATORE O DI SINDACO DI SOCIETÀ</b>		
+/-	Denominazione della società (anche estera)	Natura dell'incarico
/	/	/

<b>VI</b>		
<b>TITOLARITA' DI IMPRESE</b>		
+/-	Denominazione dell'impresa	Qualifica
/	/	/

Sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero.

**Data 27.11.2023**

**Firmato dal dichiarante**

**Dott. Andrea Schiavon**

**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. 6367/2023)