

Spett.le CST Sistemi sud s.r.l.
alla c.a. Presidente del C.D.A.

Oggetto: accettazione nomina a Responsabile Organismo di Vigilanza in composizione monocratica della società **CST Sistemi sud s.r.l.**

Il sottoscritto Domenico De Stefano, nato a Napoli il 06/02/69, dottore commercialista con studio in Napoli (cap. 80131) alla Via Onofrio Fragnito 102,

premesse

di essere iscritto all'Ordine dei Dottori Commercialisti per la Circostrizione del Tribunale di Nola;

di essere in possesso dei requisiti richiesti per la nomina in oggetto

che non sussiste nessuna causa di inconfiribilità e/o incompatibilità all'incarico;

accetta

la nomina a Responsabile Organismo di Vigilanza in composizione monocratica della società **CST Sistemi sud s.r.l.** deliberata in sede di C.D.A. con onorario fissato in euro 3.000,00 annui oltre oneri accessori ed iva..

Con osservanza


Napoli, li 24 ottobre 2018

(dott. Domenico De Stefano)




Allega copia carta identità e c.f.

Cognome..... **DE STEFANO**.....
 Nome..... **DOMENICO**.....
 nato il..... **06/02/1969**.....
 (atto n..... **478**..... Is. A. 1969)
 a..... **NAPOLI (NA)**.....)
 Cittadinanza..... **ITALIANA**.....
 Residenza..... **NOLA**.....
 Via..... **PIAZZA CLEMENZIANO N. 1**.....
 Stato civile..... **CONIUGATO**.....
 Professione..... **COMMERCIALISTA**.....
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
 Statura..... **m. 1.76**.....
 Capelli..... **CASTANI**.....
 Occhi..... **CASTANI**.....
 Segni particolari..... **NESSUNO**.....



Firma del titolare..... *Domenico De Stefano*
 NOLA..... li..... **05/05/2017**
 Impronta del dito indice sinistra..... **COMUNE DI NOLA**
 Ufficiale Anagrafo Addetto
(Giuseppe Ferrante)
(Firma)



Scade il **06/02/2028**
 Diritti seg. 0,26
 c.i. 5,16
AY 6543778

REPUBBLICA ITALIANA
 COMUNE DI
 NOLA
CARTA D'IDENTITA'
 N° **AY 6543778**
 DI
 DE STEFANO DOMENICO

AG 2014
 TESSERA SANITARIA
 CARTA REGIONALE DEI SERVIZI
 Codice Fiscale **DSTDNC69B06F839V** Sesso **M**
 Cognome **DE STEFANO**
 Nome **DOMENICO**
 Luogo di nascita **NAPOLI**
 Provincia **NA**
 Data di scadenza **01/07/2021**
 Data di nascita **06/02/1969**
 Dati sanitari regionali
 REGIONE CAMPANIA