**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**
(art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

IA sottoscritt A DI GIOVANNI SILVIA nat A PALERMO il 04/01/1983 (C.F. DGVSLV83A44G273X), residente a PALERMO (C.A.P. 90146) Via STRASBURGO n° 135, ai fini dell'immissione in servizio a tempo determinato presso l'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo Distretto/Presidio P.O. TERMINI IMERESE, in qualità di Dirigente Medico di CHIRURGIA GENERALE, giusta deliberazione n° ___ del _____, per gli effetti di cui all'art. 14 comma 4, del CCNL 12.09.1996, nonché dell'art. 1- punto 12 del CCNL integrativo 05.12.1996 per l'area della Dirigenza Medica e Veterinaria – Dirigenza non medica ( SPTA) così come richiamato dall'art. 13-comma 2 del CCNL 1998/01, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del D.P.R 445/00, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del predetto D.P.R. 445/00 per le ipostesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità:

|X| 01) di non avere/~~avere~~ in atto rapporto di lavoro pubblico o privato;
|X| 02) di ~~trovarsi~~/ non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità richiamate dall'art. 53 del D.Lgs. 165 del 30/03/2001 e s.m.i., dal DPR n.62/2013 e dall'art. 4 comma 7 della legge 30.12.1991 n. 412;
|X| 03) di non avere subito condanne, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, nonché di impegnarsi a comunicare per iscritto al proprio dirigente- entro il termine massimo di 48 ore da quando ne avrà conoscenza- qualsiasi variazione della situazione di cui alla presente dichiarazione;
|X| 04) che né il sottoscritto né il coniuge _____ nat_ a_____ il _____ e residente in _____ Via _____ n. _____, risultano essere titolari o compartecipanti di quote d'impresa che possono configurare conflitti d'interessi con il SSN (art. 4, comma 7, della legge 30.12.1991 n. 412 e Sentenza Consiglio di Stato Sez. V del 23.04.2001 n. 2417);
|X| 05) di avere in atto il seguente rapporto di lavoro: con l' ASP ENNA (fino alla data del 17/11/16), ma di optare espressamente per il rapporto di lavoro con l' Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo, dalla data di immissione in servizio;
|X| 06) di non trovarsi in nessuna delle cause d'incompatibilità e d'inconferibilità previste dal D. Lgs. n. 39 del 08/04/2013;
|X| 07) di impegnarsi a presentare annualmente una dichiarazione sulla insussistenza di alcuna delle condizioni d'incompatibilità e d'inconferibilità di cui al D. Lgs. n. 39 del 08/04/2013, nonché all'art. 4 comma 7 della legge 30.12.1991 n. 412 e Sentenza Consiglio di Stato Sez. V del 23.04.2001 n. 2417;
|X| 08) di non avere in godimento alcun trattamento pensionistico e che si impegna a comunicare tempestivamente all'ASP Palermo l'eventuale concessione di trattamento pensionistico durante la vigenza del rapporto di lavoro in questione;
|_| 09) di avere in godimento il seguente trattamento pensionistico erogato da _____ per l'importo annuo di €. _____;
|X| 10) di non ricevere / ~~ricevere~~ a carico delle finanze pubbliche, retribuzioni o emolumenti " comunque denominati" in ragione di rapporti di lavoro subordinato compatibile o autonomo intercorrenti con le autorità indipendenti e con le pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i.,(in caso positivo indicare l'ammontare annuo complessivo di €. _____);
|X| 11) di essere in possesso dei requisiti previsti per l'accesso al pubblico impiego;
|X| 12) di assoggettarsi al rapporto di lavoro esclusivo con l'ASP di Palermo previsto dall'art. 15 quater del D.Lgs. 502/92 e s.m.i.;
|X| 13) che trattasi/ ~~non trattasi~~ di attribuzione di primo incarico da parte dell'ASP di Palermo;
|X| 14) di essere disponibile ad assumere servizio presso la sede assegnata al momento della sottoscrizione del contratto individuale di lavoro e di accettare le condizioni previste in materia di impiego presso le Aziende Sanitarie dalla vigente normativa, incluse quelle concernenti divieti e limitazioni al libero esercizio della professione.

Allega copia documento di riconoscimento.

Palermo 17/11/16

IL DICHIARANTE
Di Giovanni

==========

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE – PALERMO

Si attesta che IL dichiarante Sig. DI GIOVANNI SILVIA identificato a mezzo esibizione di carta d'identità / ~~patente di guida~~ N° AU 3723194 RILASC. DAL COMUNE DI PALERMO IL 17/07/16 ha reso e sottoscritto in mia presenza la su estesa dichiarazione.

Palermo 17/11/2016

IL FUNZIONARIO
Sig.ra Loredana Mezzacapa

atto notorietà/incarico dirigenza