



Modulo allegato "L" al P.T.P.C. ASP Palermo di cui alla deliberazione n. 74 del 26/01/2018

**.DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a DI PAOLA PAOLINA

nato/a in PALIENA (PROV. PA) il 25/11/1958

residente a PALERMO in Via DEI CAVALIERI 26

- in servizio presso il ~~Dipartimento~~/~~Distretto Sanitario~~/~~Presidio Ospedaliero~~  
di ..... U.O.C. ...., U.O.S.

POLIAMBULATORIO PA. CENTR. con la posizione funzionale di COLL. AMM. VO. PROF. LE, o

- dipendente dell'Azienda/Ente ..... (compilare in caso di personale esterno, presso commissioni per la scelta del contraente, e commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi o per progressioni di carriera);

nella qualità di dipendente assegnato, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture.

nella qualità di direttore del Dipartimento/della Unità Operativa Complessa

nella qualità di responsabile della Unità Operativa Semplice non afferente a U.O.C. ....

di ( ) presidente, ( ) componente, (X) segretario, a commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi o per progressioni di carriera, di cui alla deliberazione / provvedimento di nomina n. FSP/24073/2018 del 23/05/2018, relativa a COMMISSIONE DI STANDARDIZZAZIONE DIR. MED. DI CHIR. GENERALE

nella qualità di ( ) presidente, ( ) componente, ( ) segretario della commissione per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture di beni e servizi, di cui alla deliberazione / provvedimento di nomina n° ..... del .....  
relativa a .....



Modulo allegato "L" al P.T.F.C. ASP Palermo  
di cui alla deliberazione n. 74 del 26/01/2018

- nella qualità di ( ) presidente, ( ) componente, ( ) segretario di commissioni per l'accertamento dell'invalidità civile (L. 295/90 e s.m.i.), dell'handicap (L. 104/92 e s.m.i.), del sordomutismo (L. 381/70 e s.m.i.), della cecità civile (L. 382/70 e s.m.i.), della disabilità ai fini dell'inserimento lavorativo (L. 68/99 e s.m.i.).
- nella qualità di consulente/collaboratore \_\_\_\_\_

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia,

#### DICHIARA

Sotto la propria responsabilità, ai sensi di quanto previsto dalla vigente normativa in materia di autocertificazioni, e relativamente a quanto disposto dall'art.35 bis c. 1 lett.a), lett.b) e lett.c) del D.Lgs. 30.03.2001 n.165, di :

- 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 per quelli previsti dal D.Lgs 235/2012.  
(specificare l'autorità giudicante, il numero della sentenza, la pena comminata e il reato

- 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 e per quelli previsti dal D.Lgs 235/2012.

Il sottoscritto si impegna altresì a comunicare per iscritto al proprio dirigente/ presidente della commissione - entro il termine massimo di 48 ore da quando ne ha avuto conoscenza - qualsiasi variazione della situazione di cui alla presente dichiarazione.

Data 05/06/2018

(firma del dichiarante)

Note per la compilazione:

Allegare copia di un documento di riconoscimento e codice fiscale.

Si deve apporre una "X" nella fattispecie che riguarda il dichiarante.

Ferma restando ogni altra responsabilità, la dichiarazione mendace, accertata dall'ASP Palermo, nel rispetto del diritto di difesa e del contraddittorio dell'interessato, comporta la inconfirabilità di qualsivoglia incarico di cui al D.Lgs. n.39/2013 per un periodo di 5 anni.

MODULO "A"

Al Commissario  
Dell'ASP di Palermo

Oggetto: Concorso pubblico, A TEMPO INDETERMINATO DI DIRIGENTE  
MEDICO DI CHIRURGIA GENERALE

Il sottoscritto DI PAOLA PAOLINA nata a ALIHENA (AR. PA)  
il 25/11/58 residente a PALERMO via DEL PAULIERI  
n. 26, tel. 339 1995787, nominato in qualità di SEGRETARIO

(specificare, presidente/componente/segretario)

del concorso di cui in oggetto, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 per mendaci dichiarazioni e falso in atto, Dichiaro sotto la propria responsabilità, ai sensi del citato DPR n. 445/2000:

- di essere dipendente a tempo indeterminato, in qualità di COLLABORATORE PROFESSIONALE - disciplina di J.O.S. POLIAMBULATORIO PA CENTRO presso: J.O.S. POLIAMBULATORIO PA CENTRO
- di non essere dirigente medico dipendente di università;
- di non trovarsi in situazioni di incompatibilità con i candidati del concorso in argomento, ai sensi degli art. 51 e 52 del codice di procedura civile in quanto applicabili;
- di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità di cui all'art. 35, comma 3 lett. e) del D.Lvo 165/01 e s.m.i.;
- di impegnarsi, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni che dovessero intervenire nel corso della procedura concorsuale che facciano venire meno il proprio diritto alla partecipazione ai lavori della Commissione;
- di non aver 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; e di impegnarsi altresì a comunicare per iscritto al Presidente della Commissione Esaminatrice, entro il termine massimo di 48 ore da quando ne avrà conoscenza, qualsiasi variazione della situazione di cui alla presente dichiarazione, così come previsto dall'art. 35 bis, comma 1 lett. a) del D. L.vo n. 165/2001 e s.m.i.;
- di avere inviato il proprio curriculum alla casella di posta elettronica: mobilita@asppalermo.org;
- di consegnare al Segretario della Commissione Esaminatrice l'autorizzazione ai sensi dell'art. 53 comma 8 del D.Lvo n. 165/2001 e s.m.i. a partecipare ai lavori della Commissione Esaminatrice del concorso in questione, rilasciato dalle Amministrazioni di appartenenza (sbarrare con una "x" solo per i Presidenti o i Componenti dipendenti da altre Aziende Sanitarie).

Data 05/06/2018

Firma

Di Paola

(Allega copia del documento di riconoscimento in corso di validità e codice fiscale)