

.DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ

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

Il/la sottoscritto/a SCAFFIDI ANTONELLA

nato /a in CORTONA (AR) il 24/10/1963

residente a MONREALE (PA) in Via ALDO MORO n. 49

- in servizio presso il Dipartimento/~~Distretto Sanitario~~/Presidio Ospedaliero
di "G.F. INGRASSIA" U.O.C. "DIREZIONE SANITARIA", U.O.S.

..... con la posizione funzionale di COL. RE 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, () 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. 24272 del 23/05/2018,
relativa a Commissione Stabilizzaz. D. Lgs. 75/2017 per la copertura a tempo
indetermin. di n. 2 posti di dirigente Medico di Epidemiologia e Ostetricia

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 _____

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 inconfirmità di qualsivoglia
incarico di cui al D.Lgs. n.39/2013 per un periodo di 5 anni.

- 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, 15/06/2018


(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 inconfirmità di qualsivoglia incarico di cui al D.Lgs. n.39/2013 per un periodo di 5 anni.