



Modulo Allegato " C" al P.T.P.C. ASP PALERMO

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

Il/la sottoscritto/a BONSANGUE PIERO  
nato/a in MARINNO (PA) il 12/09/1954 residente  
a PALERMO in Via G. MARCONI n. 2/A

- nella qualità di Direttore Sanitario Aziendale.
- nella qualità di Direttore Amministrativo Aziendale.
- nella qualità di direttore ~~del Dipartimento~~ della Unità Operativa Complessa  
MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA A MBULATRICE P.O. Villa delle Campsire
- nella qualità di responsabile della Unità Operativa Semplice non afferente a U.O.C.  
\_\_\_\_\_
- nella qualità di titolare di incarico ex art.15 septies.
- 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

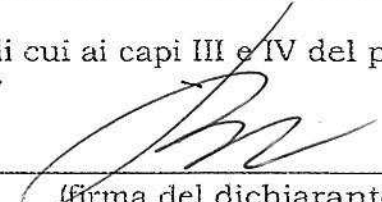
Sotto la propria responsabilità, ai sensi di quanto previsto dalla vigente normativa in materia di autocertificazioni, e relativamente a quanto disposto dal D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39 (disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190):

= che

sussistono situazioni di inconferibilità di cui ai capi III e IV del predetto D.Lgs. n.39/2013 (specificare \_\_\_\_\_)

non sussistono situazioni di inconferibilità di cui ai capi III e IV del predetto D.Lgs. n.39/2013.

Data, 13/06/2014

  
(firma del dichiarante)

### Note per la compilazione:

Allegare copia di un documento di riconoscimento.

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



Modulo Allegato "D" al P.T.P.C. ASP PALERMO

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**  
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a BONSANGUE PIERO  
nato/a in MARINA (PA) il 12/09/1954 residente  
a PALERMO in Via G. MARCONI 2/A

- nella qualità di Direttore Sanitario Aziendale;
- nella qualità di Direttore Amministrativo Aziendale;
- nella qualità di direttore ~~del Dipartimento~~ della Unità Operativa Complessa NECICINA FISICA E RIABILITATIVA A.D. BOLATERRAIO P.O. VILLA DELLA QUARESTRE
- nella qualità di responsabile della Unità Operativa Semplice non afferente a U.O.C. \_\_\_\_\_
- 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 dal D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39 (disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190):

- che
- sussistono situazioni di incompatibilità di cui ai capi V e VI del predetto D.Lgs. n.39/2013 (specificare \_\_\_\_\_)
  - non sussistono situazioni di incompatibilità di cui ai capi V e VI del predetto D.Lgs. n.39/2013;
- che nel caso in cui sorga una situazione di incompatibilità si impegna a comunicarla per iscritto alla funzione superiore in via gerarchica entro il termine massimo di 48 ore da quando ne ha avuto conoscenza.

Data, 13/06/14

[Firma]  
(firma del dichiarante)

**Note per la compilazione:**

Allegare copia di un documento di riconoscimento.

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



Modulo Allegato " F " al P.T.P.C. ASP PALERMO

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**  
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a BONSANGUE PIERO  
nato/a in MARINELLO il 12-09-1954  
residente a PALERMO in Via G. MARCONI n° 2/A

in servizio presso il Dipartimento/Distretto Sanitario/Presidio Ospedaliero  
di MEDICINA RIABILITATIVA U.O.C. MED. FIS. E RIAB. AMBULAT., U.O.S.

..... con la posizione funzionale di ....., 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  
MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA AMBULATORIALE

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. \_\_\_ del \_\_\_\_\_,  
relativa a \_\_\_\_\_.

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

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



Modulo Allegato " F " al P.T.P.C. ASP PALERMO

nomina n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, relativa a \_\_\_\_\_

- 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.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.  
(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.

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, 13/06/14

[Firma]  
(firma del dichiarante)

**Note per la compilazione:**

Allegare copia di un documento di riconoscimento.

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.**