



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE



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

Il/la sottoscritto/a DON. CINARDI ALFIO nato/a in ADRANO (CT) il 08/05/1950 residente a ADRANO (CT) in Via DIRITTO DI FAMIGLIA in servizio presso il Dipartimento/Distretto Sanitario/Presidio Ospedaliero di BRONTE (CT) U.O.C. di CHIRURGIA, U.O.S. con la posizione funzionale di DIRETTORE, o

dependente dell'Azienda/Ente ASP-CATANIA (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);

- checkbox nella qualita di dipendente assegnato, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture.
checkbox nella qualita di direttore del Dipartimento/della Unità Operativa Complessa DI CHIRURGIA
checkbox nella qualita di responsabile della Unità Operativa Semplice non afferente a U.O.C.
checkbox 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
checkbox nella qualita 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

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

11:16

RICEVUTO 26/06/2014 11:09

0917033951

DGRU

UFF. PERS. P.O. BRONTE

H: 0957722152

PAG 02/03
P.2/3



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 civile (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.) 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, 26/6/14

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