



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)

CARBOLE FIORE

Il/la sottoscritto/a

CATANIA

nato/a in

il

12/06/66

residente a

Termini Imerese

in Via

off. S. Gerolamo

- in servizio presso il Dipartimento/Distretto Sanitario/Presidio Ospedaliero

di Termini Imerese

U.O.C.

U.O.S.

..... con la posizione funzionale di Termini Imerese....., 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. _____ 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 inconfuttabilità di qualsivoglia incarico di cui al D.Lgs. n.39/2013 per un periodo di 5 anni.

800



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

nomina n. _____ del _____ a _____ relativa a _____

nella qualità di () presidente, () componente, () segretario di commissioni

per l'accertamento dell'invalità 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 (L. 68/99 e s.m.i.), della disabilità ai fini dell'inserimento lavorativo

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, 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, 20/6/14

[Signature]
firma del dichiarante

Note per la compilazione:

Alligare 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.

