



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 DI PALERMO DOMENICO

nato/a in MUSILNEM il 23-8-1960

residente a MUSILNEM in Via TINDARI 13

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

Socio SANITARIA con la posizione funzionale di DIRIGENTE MEDICO, 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
inconferibilità di qualsivoglia incarico di cui al D.Lgs. n.39/2013 per un periodo di 5 anni.**

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

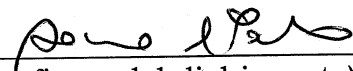
Sotto la propria responsabilità, ai sensi di quanto previsto dalla vigente normativa in materia di autocertificazioni, e relativamente a quanto disposto dall'art.35 bis c.1 lett.b) e lett.c) del D.Lgs. 30.03.2001 n.165, di :

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, 05-6-2014


(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 inconfiribilità 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 DI PALERNO DOMENICO
nato/a in Mirilmeri il 23-8-1960 residente
a Mirilmeri in Via TINDANI n. 17

- nella qualità di Direttore Sanitario Aziendale;
- nella qualità di Direttore Amministrativo Aziendale;
- nella qualità di direttore del Dipartimento/della Unità Operativa Complessa _____.
- 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 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 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, 05-6-2014


(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.