

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

Io sottoscritto Cristina Fazzuella nat. a Nicosia il 29/12/1980
(C.F. FRANCISTOT09E8922), residente a GAGLI (C.A.P. 90024) Via
LIAROLAGE n° 266, ai fini dell'immissione in servizio a tempo determinato presso
l'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo Distretto/Presidio DIRETTORE SALUTE MENTALE, in qualità di Dirigente
Medico di PSICHIATRIA, giusta deliberazione n° 512 del 26/05/15
per gli effetti di cui all'art. 14 comma 4, del CCNL 12.09.1996, nonché dell'art. 1- punto 12 del CCNL integrativo
05.12.1996 per l'area della Dirigenza Medica e Veterinaria - Dirigenza non medica (SPTA) così come richiamato
dall'art. 13-comma 2 del CCNL 1998/01, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del D.P.R. 445/00, consapevole
delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del predetto D.P.R. 445/00 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni
mendaci

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità

- 01) di ~~non avere~~/avere in atto rapporto di lavoro pubblico o privato; IN ATTO DI PSEUDONATO PRESSO ASP
 02) di ~~trovarsi~~/ non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità richiamate dall'art. 53 del D Lgs. 165
del 30/03/2001 e s.m.i., e dall'art. 4 comma 7 della legge 30.12.1991 n. 412;
 03) di 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, nonché di impegnarsi a comunicare per iscritto al proprio
dirigente- entro il termine massimo di 48 ore da quando ne avrà conoscenza- qualsiasi variazione della
situazione di cui alla presente dichiarazione;
 04) che né il sottoscritto né il coniuge
a _____ il _____ e residente in _____ Via _____ n. _____
risultano essere titolari o partecipanti di quote d'impresa che possono configurare conflitti d'interessi
con il SSN (art. 4, comma 7, della legge 30.12.1991 n. 412 e Sentenza Consiglio di Stato Sez. V del
23.04.2001 n. 2417);
 05) di avere in atto il seguente rapporto di lavoro: TEMPO DETERMINATO - DIRIGENTE MEDIC
PSICHIATRA PRESSO ASP DI PALERMO (sede GAGLI) ma di optare espressamente per il rapporto di
lavoro con l'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo, dalla data di immissione in servizio;
 06) di non trovarsi in nessuna delle cause d'incompatibilità e d'inconferibilità previste dal D Lgs. n. 39 del
08/04/2013;
 07) di impegnarsi a presentare annualmente una dichiarazione sulla insussistenza di alcuna delle condizioni
d'incompatibilità e d'inconferibilità di cui al D Lgs. n. 39 del 08/04/2013, nonché all'art. 4 comma 7 della
legge 30.12.1991 n. 412 e Sentenza Consiglio di Stato Sez. V del 23.04.2001 n. 2417;
 08) di non avere in godimento alcun trattamento pensionistico e che si impegna a comunicare
tempestivamente all'ASP Palermo l'eventuale concessione di trattamento pensionistico durante la vigenza
del rapporto di lavoro in questione;
 09) di avere in godimento il seguente trattamento pensionistico erogato da _____ per l'importo annuo
di € _____;
 10) di non ricevere / ~~ricevere~~ a carico delle finanze pubbliche, retribuzioni o emolumenti " comunque
denominati" in ragione di rapporti di lavoro subordinato compatibile o autonomo intercorrenti con le autorità
indipendenti e con le pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del D.Lgs. n. 165/2001 e
s.m.i. (in caso positivo indicare l'ammontare annuo complessivo di € _____);
 11) di essere in possesso dei requisiti previsti per l'accesso al pubblico impiego;
 12) di assoggettarsi al rapporto di lavoro esclusivo con l'ASP di Palermo previsto dall'art. 15 quater del D.Lgs.
502/92 e s.m.i.;
 13) che ~~trattasi~~/ non trattasi di attribuzione di primo incarico da parte dell'ASP di Palermo;
 14) di essere disponibile ad assumere servizio presso la sede assegnata al momento della sottoscrizione del
contratto individuale di lavoro e di accettare le condizioni previste in materia di impiego presso le Aziende
Sanitarie dalla vigente normativa, incluse quelle concernenti divieti e limitazioni al libero esercizio della
professione.

Allega copia documento di riconoscimento

Palermo 30/06/2015

IL DICHIARANTE

Cristina Fazzuella

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - PALERMO

Si attesta che la dichiarante Sig. RA FARINECCA CRISTINA identificato a mezzo esibizione di carta
d'identità / patente di guida N° AR 035 38481
reso e sottoscritto in mia presenza la su esposta dichiarazione

Palermo 30/06/15

IL FUNZIONARIO

atto notorietà/incarico dirigenza