

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

Il/la sottoscritto/a ANTONIO GUZZARDI  
nato/a in RAGUSA il 13/4/1962 residente  
a PALERMO in Via NISO 13/D

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

Data, 11/6/2014

Antonio Guzzardi  
(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 ANTONIO GUZZARDI  
nato/a in LAGUSA il 13/4/1960 residente  
a PALERMO in Via NISO 13/D

- nella qualità di Direttore Sanitario Aziendale;  
 nella qualità di Direttore Amministrativo Aziendale;  
 nella qualità di direttore del Dipartimento/della ~~Unità Operativa Complessa~~  
Riviera economica/ UOC Bilancio.  
 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, 11/6/2014

Antonio Guzzardi  
(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 " 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 ANTONIO GUZZARDI

nato/a in RAGUSA il 13/4/1962

residente a PALERMO in Via UNO 13/D

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

..... con la posizione funzionale di CAR DIRIGIMENTO....., 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 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

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, 11/6/2014

Antonio Pappalardo  
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.**