DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n.445)

|_| sottoscritto/a PUGLISE DOMENICO nat_ a Partinico (PA) il 06/04/1953 (C.F. PGLDNC53D06H516 F), residente a Palermo (C.A.P. 90135) Via Giuseppe Giusti n° 9, ai fini dell'immissione in servizio per conferimento incarico DIR. Medico presso codesta Azienda Sanitaria Provinciale Distretto/Presidio: DSB. Cimino, in qualità di Dirigente Medico di Medico, giusta deliberazione n° 512 del 26/6/2015, 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) come richiamato dall'art. 13 – comma 2 del CCNL 98/01 ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del D.P.R. 445/00

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità:

|X| 1) ~~di non avere~~/avere in atto rapporto di lavoro pubblico o privato;

|X| 2) ~~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;

|X| 3) 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;

|_| 4) che né il sottoscritto né il coniuge _____ nato/a _____ il _____ e residente in _____ Via _____ n. _____ risultano essere titolari o compartecipanti 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);

|X| 5) di assoggettarsi al rapporto di lavoro esclusivo previsto dall'art. 15 bis del D.Lgs n° 502/92 e s.m.i.;

|X| 6) di avere in atto il seguente rapporto di lavoro: DIR. Medico ASP Palermo _____, ma di optare espressamente per il rapporto di lavoro con codesta Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo, dalla data di immissione in servizio;

|X| 7) di non trovarsi in nessuna delle cause d'incompatibilità o inconferibilità previste dal D. Lgs. n. 39 del 08/04/2013;

|X| 8) di impegnarsi a presentare annualmente una dichiarazione sulla insussistenza di alcuna delle condizioni d'incompatibilità e 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;

|X| 9) 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;

|_| 10) di avere in godimento il seguente trattamento pensionistico erogato da _____ per l'importo annuo di € _____

|_| 11) di non avere ~~ottenuto~~ ottenere incarichi dalle finanze pubbliche, remunerazioni, emolumenti, comunque denominati in ragione di rapporti di lavoro subordinato compatibile o autonomo intercorrenti con le aziende indipendenti e con le pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, c.e D.Lgs.n. 165/2001 e s.m.i., (in caso positivo indicare l'ammontare annuo complessivo di €. _____);

|X| 12) di essere in possesso dei requisiti previsti per l'accesso al pubblico impiego, come da dichiarazione sostitutiva di certificazione, resa ai sensi del DPR n. 445/2000;

|_| 13) che trattasi di attribuzione di primo incarico da parte dell'ASP di Palermo;

|X| 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.

Palermo 27/06/2015

IL DICHIARANTE Domenico Puglise

==========

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - PALERMO

Si attesta che _|_ dichiarante Sig. PUGLISE DOMENICO identificat_ a mezzo esibizione di carta d'identità/~~patente di guida~~ rilasciata dal comune di Palermo N. AR 6094570 ha reso e sottoscritto in mia presenza la su estesa dichiarazione.

Palermo 27/6/15

IL FUNZIONARIO _____

COLLABORATORE AMM.VO (Antonia GUGLIELMO)

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI PALERMO - P.O. "S.ra Ciminna" Termini Imerese

Atto notorietà incarico dirigenza