



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

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 46 - 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a ROGATO ANNA nato/a in
BISACQUINO (PA) il 11-06-1957 residente a
PALERMO nella qualità di :

- Direttore Generale
- Direttore Amministrativo
- Direttore Sanitario
- Dirigente
- Dirigente Esterno
- Consulente Esterno

Visto il D.lgs 8 Aprile 2013 n.39 e 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,
- della nullità degli incarichi conferiti in violazione delle disposizioni del D.lgs 39/2013;
- dell'obbligo di pubblicazione della presente dichiarazione sul sito web istituzionale dell'Amministrazione di appartenenza

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità, ai sensi di quanto previsto dalla vigente normativa in materia di autocertificazioni di cui in intestazione, ai sensi di quanto disposto dal D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39 (disposizioni in materia di inconfiribilita' e incompatibilita' di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, e dall'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190) che:

In relazione all'incarico di INFORMAZIONE SANITARIA E FARMACOVIGILANZA U.O.S. n. 428 del 25-05-2014 conferito con provvedimento

- 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;

Il/la sottoscritt si impegna, all'eventuale presentarsi nel corso dell'incarico di una causa di inconfiribilita' o di incompatibilita', di darne tempestiva comunicazione per iscritto, entro il termine massimo di 48 ore, alla funzione superiore in via gerarchica e al R.P.C. Si impegna altresì di rinnovare entro i tempi stabiliti la dichiarazione annuale di insussistenza di cause di incompatibilità ai sensi dell'art.20 comma 2 del D.lgs n. 39/2013.

Data. 23-11-2016

Anna Rogato
(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 inconfiribilita' di qualsivoglia incarico di cui al D.Lgs. n.39/2013 per un periodo di 5 anni.

Cognome **ROGATO**
 Nome **ANNA**
 nato il **11.6.1957**
 (atto n. 00066P 1 S A)
 a **BISACQUINO (PA)**
 Cittadinanza **ITALIANA**
 Residenza **PALERMO**
 Via **NAIROBI N.31**
 Stato civile **CG. COSCINO**
 Professione **FARMACISTA**

CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI

Matr. n. **1151**
 Capelli **CASTANI**
 Occhi **CASTANI**
 Segni particolari

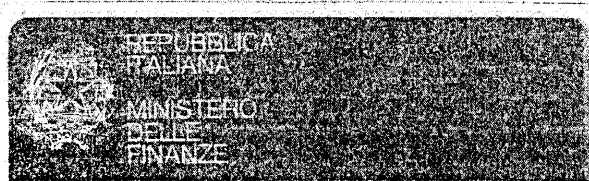
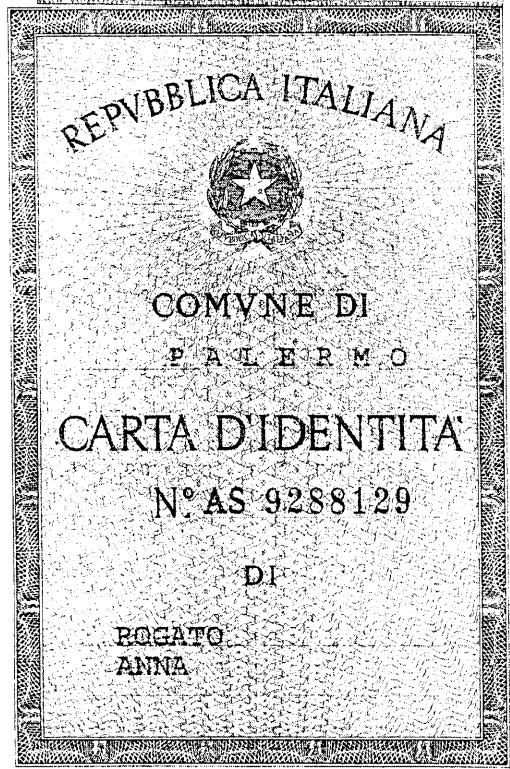
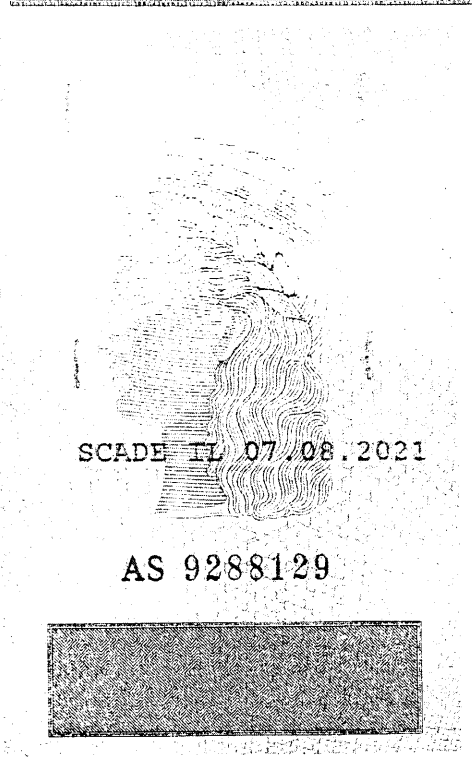


Firma del titolare *Anna Rogato*
PALERMO # **8.8.2011**

Impronta con data indice e numero

IL SINDACO
 Coll. Prof. Amm. no
Basile Amalia

AS 9288129



CODICE FISCALE **RGTNNA57H51A882F**

COGNOME **ROGATO**

NOME **ANNA** SESSO **F**

LUOGO DI NASCITA **BISACQUINO**

PROVINCIA **PA** DATA DI NASCITA **11/06/57**

1989 il Ministro delle Finanze