



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 SARA GABRIELLA  
nato/a in PALERMO il 25-01-70  
residente a PALERMO in Via EUROPA 280

- in servizio presso il Dipartimento/Distretto Sanitario/Presidio Ospedaliero  
di PARTINICO..... U.O.C. DIABETOLOGIA....., U.O.S.  
..... con la posizione funzionale di oligocene medico

-  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.



Modulo Allegato " P " 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, 06-06-2014

*[Firma]*  
(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 inconfirmità di qualsivoglia incarico di cui al D.Lgs. n.39/2013 per un periodo di 5 anni.