

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**

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

Io sottoscritto ZABBA DANIELA nata a PALERMO il 03/05/1981  
 (C.F. ZBBDNLR31E4262737), residente a CORLEONE (C.A.P. 90036) Via SALVATORE ALDISIO n° 25, ai fini dell'immissione in servizio a tempo determinato presso l'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo Distretto/Presidio Di CORLEONE, in qualità di Dirigente Medico di MEDICINA INTERNA, giusta deliberazione n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, 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

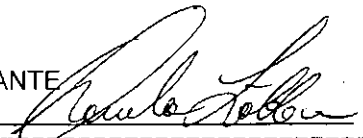
DICHIARA  
Sotto la propria responsabilità:

- 01) di ~~non avere~~/avere in atto rapporto di lavoro pubblico ~~o~~ privato;
- 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., dall'art. 4 comma 7 della legge 30.12.1991 n. 412, nonché dal DPR n. 62/2013;
- 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 MA TORRE ESTREMEZE nats a CORLEONE il 26/4/1978 e residente in CORLEONE Via SALDISIO n. 25, 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);
- 05) di avere in atto il seguente rapporto di lavoro: DIRIGENTE MEDICO IN PSICOMOLOGIA PDN CONTRATTO A TEMPO INDETERMINATO PRESSO ASP TRAPANI 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, nonché dal DPR n. 62/2013;
- 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~~ NON 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 23/2/2016

IL DICHIARANTE



=====

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE – PALERMO

Si attesta che IL dichiarante Sig. ZABBA DANIELA identificato a mezzo esibizione di carta d'identità / patente di guida AV 81 05 314 RIL.COMUNE CORLEONE 01-06-2015 ha reso e sottoscritto in mia presenza la su estesa dichiarazione.

Palermo 23/2/2016

atto notorietà/incarico dirigenza

IL FUNZIONARIO  
COLLAB. AMM.VO/PROF.LE ESPERTO  
Dr.ssa Brigida Mangiaracina