

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

L'A sottoscritt A SONIA PECCORIELLA nata a PALERMO il 18/08/1973
(C.F. PCRSNO73M586273W) residente a PALERMO (C.A.P. 90128) Via
UMBERTO SOLARINO n° 21, ai fini dell'immissione in servizio a tempo determinato presso
l'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo Distretto/Presidio CORLEONE in qualità di Dirigente
Medico BIOLOGO - PATOLOGIA CLINICA giusta deliberazione n° 512 del 26/06/2011
per gli effetti di cui all'art. 14 comma 4, del CCNL 12.09.1998, 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. 195 del 30/03/2001 e s.m.i. e dall'art. 4 comma 7 della legge 30.12.1991 n. 412;
- 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 _____ a _____ 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);
- 05) di avere in atto il seguente rapporto di lavoro _____ 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;
- 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 compatto o autonomo intercorrenti con le autorità indipendenti e con le pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del D.Lgs. n. 135/2001 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 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 della vigente normativa, incluse quelle concernenti i divieti e limitazioni al libero esercizio della professione.

Allega copia documento di riconoscimento

Palermo 01/07/2015

IL DICHIARANTE

Sonia Peccorella

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - PALERMO

Si attesta che _____ dichiarante Sig. _____ identificato a mezzo esibizione di carta
d'identità / patente di guida _____
_____ identificato a mezzo esibizione di carta
d'identità / patente di guida _____
_____ identificato a mezzo esibizione di carta
d'identità / patente di guida _____
Palermo _____

IL FUNZIONARIO