



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Sede legale: Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

Dipartimento Risorse Umane, Sviluppo
Organizzativo e Affari Generali
UOC "Gestione Giuridica e Sviluppo Organizzativo"
Via Pindemonte, 88 – 90129 Palermo
Telefono. 091/7033930 – FAX 091/7033951
EMAIL: gestioneigiuridica@pec.asppalermo.org
WEB www.asppalermo.org

12 GIU. 2015

DATA _____
Rif. _____

PROT. N° SG1 _____

Ai Direttori dei Dipartimenti Amministrativi e Sanitari
(o, in mancanza ai direttori delle U.O.C. afferenti)
Ai Direttori dei Distretti Sanitari
Ai Direttori ed ai responsabili F.I.O. dei PP. OO.
Al Direttore della U.O.C. Coordinamento staff strategico
Al Direttore f. f. della U.O.C. Psicologia
Al Direttore f. f. della U.O.C. Servizio prevenzione e protezione
Al Responsabile della UOS Gestione contenzioso
Al Responsabile f. f. della UOS Contenzioso del lavoro
Al Responsabile f. f. della UOS Gestione sinistri del personale
Al Responsabile della UOS Sorveglianza sanitaria
Al Responsabile f. f. UOS Professioni sanitarie infermieristiche ed ostetriche
Alla UOS Servizio sociale professionale
Al Responsabile f. f. della U.O.S. Comunicazione e Informazione
LORO SEDI

OGGETTO: PIANO TRIENNALE PREVENZIONE CORRUZIONE 2015_2017 ADOTTATO CON DELIBERA N.16 DEL 30-01-2015: ART. 16) ASTENSIONE IN CASO DI CONFLITTO D'INTERESSE.

In linea di continuità con le direttive in precedenza emanate in materia ed in occasione dell' approssimarsi della relativa scadenza, si ritiene opportuno emanare la presente circolare al fine di rammentare che ai sensi della disposizione indicata in oggetto tutti i dirigenti in servizio presso l'ASP, e per quanto riguarda il personale del comparto solamente coloro che – a qualsiasi titolo – partecipano ai procedimenti/attività di seguito specificati, in ordine alla comunicazione degli interessi finanziari, conflitti d'interesse e obbligo di astensione, devono presentare apposita autocertificazione (modulo di comunicazione allegato F, che sostituisce quello previsto all'art.13 del regolamento approvato con la deliberazione n. 432 del 14.06.2013 e s.m.i.) al Responsabile del Dipartimento o Unità Operativa Complessa o Unità Operativa Semplice (nel caso in cui non vi sia il Direttore della macrostruttura) /Distretto Sanitario/Presidio Ospedaliero di appartenenza, in sede di prima applicazione entro il 30 giugno 2015 e, successivamente, entro il 31 gennaio di ogni anno e ogni volta in cui vi sia una modifica della situazione precedentemente dichiarata:

- rilascio di pareri igienico sanitari, di autorizzazioni, di concessioni;
- scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi - concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera;
- accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche;
- controlli sulle strutture convenzionate che erogano prestazioni sanitarie di qualunque tipologia (ad es. ricoveri, visite ambulatoriali, prestazioni riabilitative ex art. 26, prestazioni CTA, CT tossicodipendenti, ecc.);
- liquidazione e pagamento di somme in favore di soggetti terzi a qualsiasi titolo;
- controlli sanitari su attività commerciali;
- pratiche inerenti l'accertamento dell'invalidità civile (L. 295/90 e successive modificaz. e integrazioni), dell'handicap (L. 104/92 e successive m. ed int.), del sordomutismo (L. 381/70 e s.m.i.), della cecità civile (L. 382/70 e successive m. e i.), della disabilità ai fini dell'inserimento lavorativo (L. 68/99);
- registrazioni fatture, emissioni mandati di pagamento e controlli tecnico contabili sui provvedimenti di liquidazione e pagamento;

Il predetto Responsabile dovrà custodire le autocertificazioni ricevute, effettuare le prescritte verifiche sulle stesse, e adottare i relativi provvedimenti consequenziali; la mancata presentazione/aggiornamento della predetta autocertificazione costituisce violazione dei doveri del pubblico dipendente.

Si raccomanda di assicurare la massima divulgazione della presente, anche mediante affissione ai rispettivi albi.

Si inoltra altresì copia della presente al Responsabile f. f. della U.O.S. Comunicazione e Informazione per la pubblicazione sul sito dell'Azienda.

Il Responsabile Aziendale
per la Prevenzione della Corruzione
(Dott. Giuseppe Campisi)

Il Direttore della U.O.C.
(Dr.ssa Mariagiuseppina Montagna)



Il Direttore del Dipartimento
(Dr. Gaetano La Corte)

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

Il / la sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____ residente a _____
in Via _____
in servizio presso il Dipartimento/Distretto Sanitario/Presidio Ospedaliero di _____
U.O.C. _____, U.O.S. _____
con la posizione funzionale di _____
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 di cui in intestazione, e relativamente a quanto disposto dal D.P.R. 16.04.2013 n.62 (Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici a norma dell'art.54 del D.Lgs. 30.03.2001 n.165) .

1)

- 1.1) Di non avere svolto negli ultimi tre anni attività lavorativa o avere avuto rapporti diretti o indiretti di collaborazione a qualsiasi titolo con soggetti privati/pubblici in qualunque modo retribuiti o a titolo gratuito.
- 1.2) *ovvero* di avere svolto negli ultimi tre anni attività lavorativa o avere avuto rapporti diretti o indiretti di collaborazione a qualsiasi titolo - nel rispetto della normativa vigente - con soggetti privati/pubblici in qualunque modo retribuiti o a titolo gratuito, che di seguito si elencano (specificare tipologia di rapporto, soggetto, compenso e durata):
- a) Rapporti lavorativi ad oggi in essere

b) Rapporti lavorativi intercorsi negli ultimi tre anni

- 1.2.1) Che con i soggetti di cui ai rapporti sopra meglio specificati il sottoscritto, i propri parenti e/o affini entro il secondo grado, il coniuge o il convivente hanno ancora rapporti finanziari (indicare con quali soggetti):

- 2) Che i rapporti di cui al punto 1.2) – nel rispetto della normativa vigente –
 sono intercorsi/ intercorrono con soggetti privati/pubblici che non abbiano interessi in attività o decisioni inerenti all'ufficio, limitatamente alle pratiche affidate al sottoscritto.
- 2.1) *Ovvero* che i predetti rapporti di cui al punto 1.2) – nel rispetto della normativa vigente -sono intercorsi / intercorrono con soggetti privati/pubblici che abbiano interessi in attività o decisioni inerenti l'ufficio, limitatamente alle pratiche affidate al sottoscritto.
- 3) Che nello svolgimento della propria attività lavorativa non sussiste l'obbligo di astensione di cui al comma 2 all'art.6, art.7 e art.14 del D.P.R. 16.04.2013 n.62, e nel caso in cui sorga l'obbligo di astensione si impegna a comunicarlo per iscritto al proprio dirigente entro il termine massimo di 48 ore da quando ne ha avuto conoscenza.
- 4) Di non avere titolarità o partecipazioni, né il sottoscritto né il coniuge, in imprese che possano configurare conflitto di interessi con il Servizio Sanitario Nazionale.
- 4.1) *Ovvero* di avere le seguenti titolarità o partecipazioni in imprese che possano configurare conflitto di interessi con il Servizio Sanitario Nazionale
-
-
- 5) Di non svolgere qualsiasi altra tipologia di attività – sia individuale che in forma societaria - non incompatibile con il rapporto di lavoro presso l'ASP Palermo,
- 5.1) *ovvero* di svolgere le seguenti attività sia individuale che in forma societaria:
-
-

Il sottoscritto si impegna altresì a comunicare entro 48 ore al proprio dirigente responsabile ogni variazione a quanto sopra dichiarato, le cause di incompatibilità verificatesi successivamente all'assunzione dell'incarico svolto e di impegnarsi a rimuovere eventuali cause di incompatibilità e/o conflitto d'interessi rilevate dall'ASP Palermo.

Data, _____

_____ (firma del dichiarante)



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

B) Disposizioni particolari per i dirigenti

Il sottoscritto – sotto la propria responsabilità, ai sensi di quanto previsto dalla vigente normativa in materia di autocertificazioni di cui in intestazione, e relativamente a quanto disposto dal D.P.R. 16.04.2013 n.62 (Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici a norma dell'art.54 del D.Lgs. 30.03.2001 n.165) – dichiara altresì:

- B.1) Che non ha parenti e affini entro il secondo grado, coniuge o convivente che esercitano attività politiche, professionali o economiche che li pongano in contatti frequenti con l'ufficio che dirige, o che sono coinvolti nelle decisioni o attività inerenti l'ufficio.

 - B.1.1) *Ovvero* che ha parenti e affini entro il secondo grado, coniuge o convivente che esercitano attività politiche, professionali o economiche che li pongano in contatti frequenti con l'ufficio che dirige, o che sono coinvolti nelle decisioni o attività inerenti l'ufficio. Si riporta di seguito l'elenco con l'indicazione dei parenti e affini entro il secondo grado, coniuge o convivente con l'indicazione delle relative attività .
-
-

Il sottoscritto si impegna altresì a comunicare entro 48 ore al proprio dirigente responsabile ogni variazione a quanto sopra dichiarato, le cause di incompatibilità verificatesi successivamente all'assunzione dell'incarico svolto e di impegnarsi a rimuovere eventuali cause di incompatibilità e/o conflitto d'interessi rilevate dall'ASP Palermo.

Data, _____

(firma del dichiarante)

Note per la compilazione:

La dichiarazione deve essere resa – con l'apposizione di una "X" per tutte le fattispecie che riguardano il dipendente, il personale dirigente deve compilare anche le dichiarazioni di cui al punto B).

Allegare fotocopia documento di identità