

**Oggetto:** Richiesta presa d'atto relativa al presidio denominato (ragione sociale):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ via / piazza \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

nella qualità di legale rappresentante della  società  associazione  ditta individuale denominata:

“ \_\_\_\_\_ ”,

codice fiscale n. \_\_\_\_\_ , partita IVA n. \_\_\_\_\_ ,

tel. della struttura \_\_\_\_\_

che gestisce il presidio di riabilitazione dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali autorizzato con

provvedimento n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ ,

### CHIEDE

alla S.V. di prendere atto, come previsto nelle norme finali del Decreto Assessore Sanità del 15.02.1992, della nomina del Dott. \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ , medico chirurgo, specialista in \_\_\_\_\_ , quale direttore medico responsabile del presidio di riabilitazione sopra citato, in sostituzione del Dott. \_\_\_\_\_ , con decorrenza dal \_\_\_\_\_ .

alla S.V. di prendere atto dell'allegato l'elenco del personale formulato secondo gli standard previsti dal D.A. 15.02.1992 e corredato dalla documentazione di rito attestante il possesso dei titoli, l'accettazione dell'incarico e l'assenza di incompatibilità con altri incarichi per ciascuna unità di personale per

inizio dell'erogazione delle prestazioni autorizzate con provvedimento prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

per attivazione di ulteriori n. \_\_\_\_\_ prestazioni ambulatoriali

per attivazione di ulteriori n. \_\_\_\_\_ prestazioni domiciliari

per attivazione di ulteriori n. \_\_\_\_\_ prestazioni ciclo diurno

per attivazione di ulteriori n. \_\_\_\_\_ prestazioni residenziali

alla S.V. di prendere atto, come previsto nelle norme finali del Decreto Assessore Sanità n. 726 del 9 agosto 2022 dei seguenti mutamenti della titolarità dell'autorizzazione sanitaria:

**Variazione del rappresentante legale** (specificare data di decorrenza dell'incarico e legale rappresentante uscente):

da (precedente) \_\_\_\_\_

a (nuovo) \_\_\_\_\_

con decorrenza dal giorno \_\_\_\_\_

**Mutamenti proporzionali delle quote di capitale, compreso l'ingresso di un socio di capitale;**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Inversione delle posizioni dell'accomandante e dell'accomandatario in una società in accomandita semplice**

da (precedente) \_\_\_\_\_

a (nuovo) \_\_\_\_\_

con decorrenza dal giorno \_\_\_\_\_

A tal fine, sotto la propria responsabilità e a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 75 del DPR 445 del 28.12.2000 e ss.mm.ii. sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere e consapevole delle sanzioni penali previste dal successivo art. n. 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, ai sensi dell'art. 46 e/o dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii

### DICHIARA

1) di essere nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

2) di essere residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via / piazza

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ ,

3) di essere legale rappresentante della  società  associazione  ditta individuale denominata:

" \_\_\_\_\_ " con sede legale in

\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ ,

iscritta nella Sezione Ordinaria della C.C.I.A.A. di \_\_\_\_\_ con il seguente C.F. e numero di

iscrizione \_\_\_\_\_ a decorrere dal \_\_\_\_\_ ,

a carico della quale non risulta negli ultimi cinque anni dichiarazione di fallimento, liquidazione amministrativa coatta, amministrazione controllata;

4) che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 67 del D.lgs. n. 159 del 06.09.2011 (*Codice Antimafia*) e successive modifiche e integrazioni;

5) che la direzione responsabile del presidio è affidata al Dott. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

medico chirurgo, specialista in \_\_\_\_\_ ;

6) che, ad eccezione della variazione oggetto della presente istanza, non è stata apportata alcuna altra variazione

- ai requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali elencati all'allegato A2 A3 A4 A5 A6 A7 del D.A. n. 20 del 9 gennaio 2024 ed
- ai requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi specifici, per la tipologia di struttura in esame, definiti nell'Allegato 1, parte 2 e/o parte 4 e/o parte 6 al D.A. n. 890 del 17.06.2002 e s.m.i.,

rispetto alla autorizzazione sanitaria precedentemente rilasciata prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.

7) (solo in caso di associazioni):

che l'Associazione non è iscritta nel registro unico nazionale del Terzo settore (RUNTS);

che l'Associazione è ad oggi iscritta nel registro unico nazionale del Terzo settore (RUNTS);

con decorrenza dal \_\_\_\_\_ ;

Luogo e Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(firma per esteso)

Ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento (UE) 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii., il sottoscritto autorizza l'Azienda al trattamento dei dati personali finalizzato agli adempimenti relativi all'espletamento della procedura in oggetto e per le finalità strettamente connesse.

Luogo e Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (firma per esteso)

Ogni eventuale comunicazione riguardante la presente istanza potrà essere inoltrata al seguente indirizzo:

\_\_\_\_\_ N. telefonico \_\_\_\_\_

eMail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

Si allegano alla presente i seguenti documenti (barrare la casella che interessa):

**N.B. tutta la documentazione allegata dovrà essere prodotta in duplice copia utilizzando i modelli in uso secondo la normativa vigente.**

2	Copia dell'atto costitutivo (o copia di atto notarile, verbale di assemblea in caso di variazione con relativa registrazione presso l'Agenzia dell'Entrate nei casi previsti dalla vigente normativa in materia);
4	Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà di insussistenza delle cause ostative di cui al comma 3 dell'articolo 9 del Decreto Assessorato Regionale Sanità n. 741 del 04 luglio 2023 ( <b>Modello ALL. 1</b> ) da compilare a cura del legale rappresentante, direttore tecnico, soci, etc.;
5	Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, a cura del legale rappresentante, sul numero di unità di personale e di professionisti che operano nella struttura ( <b>Modello ALL. 2</b> );
6	(solo in caso di sostituzione del direttore responsabile di presidio di riabilitazione) accettazione dell'incarico e dichiarazione sostitutiva di certificazione di laurea, abilitazione, specializzazione e iscrizione all'Albo Professionale del direttore responsabile ( <b>Modello ALL. 3</b> );
7	(solo in caso di sostituzione del direttore responsabile di presidio di riabilitazione) dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà di non incompatibilità con altri incarichi del personale medico (direttore responsabile e altri medici) e di altro personale operante nel presidio ( <b>Modello ALL. 4</b> );
8	Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà in materia di svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (art. 53, comma 16 ter del D.Lgs. n. 165/2001, ed art. 20 del Piano Triennale Prevenzione Anticorruzione 2015/2017) ( <b>Modello ALL. 5</b> ).
9	Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, a cura dei soggetti esterni all'Azienda, attestante l'insussistenza di rapporti di parentela o affinità o di situazioni di convivenza o di frequentazione abituale con i dirigenti e i dipendenti dell'ASP Palermo (legge 190/2012, art. 1 comma 9 lettera e) ( <b>Modello ALL. 6</b> ).
22	Copia dei documenti di riconoscimento del richiedente e del personale che ha reso dichiarazioni e/o autocertificazioni;
23	(escluso iscritti nel registro unico nazionale del Terzo settore RUNTS) Attestazione pagamento tasse di CC.GG.: <input type="checkbox"/> taxa rilascio <input type="checkbox"/> tasse annuali: .....
24	Attestazione pagamento diritti sanitari.
25	Altro: .....

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

Firma

**Indicazioni di massima della documentazione richiesta per i procedimenti di più frequente riscontro:**

**Sostituzione direttore tecnico:** 4, 5, 6, 7, 8, 9, 22, 23 e 24

**Variazione legale rappresentante;** 2, 4, 5, 8, 9, 22, 23 e 24

**Mutamenti della titolarità dell'autorizzazione sanitaria:** 2, 4, 5, 8, 9, 22, 23 e 24

**N.B. Qualora la presente Richiesta venga prodotta priva anche di uno degli allegati previsti o compilata in maniera incompleta, la pratica verrà archiviata d'ufficio.**

Il sottoscritto ..... nato a

..... il ..... e residente in

..... Via / Piazza .....

n. ...., telefono n. .... fax n. ....,

nella qualità di (**richiedente l'autorizzazione sanitaria**, o di subentrante nella titolarità dell'autorizzazione sanitaria e/o di soggetto individuato dal comma 3 dell'art. 9 del Decreto Assessorato Regionale Sanità n. 741 del 04 luglio 2023 es.: **direttore tecnico**, socio, etc.) Il legale rappresentante e il direttore tecnico/responsabile sono sempre obbligati a produrre la dichiarazione. (Il dichiarante deve specificare la qualità in base alla quale rende la dichiarazione (vedasi art. 85 D.Lgs 159/2011 e successive modifiche e correzioni D.Lgs 218/2012).

.....  
della Ditta / Società / Associazione denominata .....

.....  
codice fiscale / partita IVA ..... con sede legale in .....

Via / Piazza ..... , n. ...., e

sede operativa in ..... Via / Piazza .....

.....  
a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 75 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e ss.mm.ii. sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere e consapevole delle sanzioni penali previste dal successivo art. 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, ai fini del rilascio della autorizzazione sanitaria di cui all'istanza del ....., sotto la propria responsabilità ai sensi dell'art. 46 e/o dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii.

### **DICHIARA**

l'insussistenza delle cause ostative di cui al comma 1 dell'art. 94 del D.lgs. 31 marzo 2023, n. 36, nei propri confronti, con riferimento alle fattispecie elencate alle lett. a), b), c), d), e), f) del comma 3 dell' art. 9 del Decreto Assessorato Regionale Sanità n. 741 del 04 luglio 2023, come di seguito elencate:

a. di non aver subito condanne con sentenza definitiva o decreto penale di condanna divenuto irrevocabile o sentenza di applicazione della pena su richiesta ai sensi dell'articolo 444 del codice di procedura penale per uno dei reati di cui al comma 1 dell'art. 94 del D.lgs. 31 marzo 2023, n. 36.

*La causa ostativa opera nei confronti:*

- i. del titolare o del direttore tecnico, se si tratta di impresa individuale;*
- ii. di un socio o del direttore tecnico, se si tratta di società in nome collettivo;*
- iii. dei soci accomandatari o del direttore tecnico, se si tratta di società in accomandita semplice;*
- iv. dei membri del consiglio di amministrazione cui sia stata conferita la legale rappresentanza, ivi compresi gli institori e i procuratori generali;*
- v. dei componenti degli organi con poteri di direzione o di vigilanza o dei soggetti muniti di poteri di rappresentanza, di direzione o di controllo;*
- vi. del direttore tecnico o del socio unico;*
- vii. dell'amministratore di fatto nelle ipotesi di cui alle lettere precedenti La causa ostativa non opera quando il reato è stato dichiarato estinto dopo la condanna, ovvero in caso di revoca della condanna medesima.*

*La causa ostativa non opera quando il reato è stato dichiarato estinto dopo la condanna, ovvero in caso di revoca della condanna medesima.*

b. Che non sussistano, a carico del soggetto, degli amministratori e/o dei legali rappresentanti le cause di decadenza, di sospensione o di divieto previste dall'articolo 67 del decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 159 o un tentativo di infiltrazione mafiosa di cui all'articolo 84, comma 4, del medesimo decreto;

c. di non aver commesso gravi violazioni, definitivamente accertate, rispetto agli obblighi relativi al pagamento delle imposte e tasse o dei contributi previdenziali, come definite dal comma 6 dell'art. 94 del D.lgs. 31 marzo 2023, n. 36;

d. di non trovarsi in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo, salvo il caso di concordato con continuità aziendale, e che nei confronti del soggetto non sia in corso un procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni;

e. di non essersi reso colpevole di gravi illeciti professionali, tali da rendere dubbia la sua integrità o affidabilità;

f. di non essere destinatario di sanzione interdittiva di cui, all'articolo 9, comma 2, lettera c) del decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231 o di altra sanzione che comporta il divieto di contrarre con la pubblica amministrazione, compresi i provvedimenti interdittivi di cui all'articolo 14 del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81.

Oppure di trovarsi nelle seguenti condizioni \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

(N.B.) Nel caso di dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà la firma in calce alla dichiarazione non necessita di autenticazione a condizione che venga sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto oppure che venga sottoscritta e presentata unitamente a copia non autenticata di un documento di identità personale in corso di validità.

Ai sensi e per gli effetti di cui al **DL 101/2018 di armonizzazione al Regolamento Ue n. 679 del 2016**, il sottoscritto autorizza l'Azienda al trattamento dei dati personali finalizzato agli adempimenti relativi all'espletamento della procedura in oggetto.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

La dichiarazione sostitutiva di certificazione / atto di notorietà è esente dall'imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e ss.mm.ii.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ via / piazza \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

nella qualità di legale rappresentante della  società  associazione  ditta individuale denominata:

“ \_\_\_\_\_ ”

codice fiscale n. \_\_\_\_\_ , partita IVA n. \_\_\_\_\_ ,

con sede legale nel Comune di \_\_\_\_\_

via / piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ , piano \_\_\_\_\_ ,

e sede operativa della struttura di \_\_\_\_\_

sita nel Comune di \_\_\_\_\_

via / piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ , piano \_\_\_\_\_ ,

a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 75 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e ss.mm.ii. sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere e consapevole delle sanzioni penali previste dal successivo art. 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, ai fini del rilascio della autorizzazione sanitaria di cui all'istanza del \_\_\_\_\_ , sotto la propria responsabilità ai sensi dell'art. 46 e/o dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii.

#### DICHIARA

- che i locali della struttura di \_\_\_\_\_  
sito in \_\_\_\_\_  
sono in possesso dei requisiti oggettivi e, cioè, dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi generali e specifici per la concessione dell'autorizzazione sanitaria;
- che presso la struttura operano n. \_\_\_\_\_ unità di personale;
- che presso la struttura, ai sensi del D.A. n. 20 del 9 gennaio 2024, operano n. \_\_\_\_\_ professionisti (iscritti ad albo professionale);

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

(N.B.) Nel caso di dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà la firma in calce alla dichiarazione non necessita di autenticazione a condizione che venga sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto oppure che venga sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità personale in corso di validità.

Ai sensi e per gli effetti di cui al **DL 101/2018 di armonizzazione al Regolamento Ue n. 679 del 2016**, il sottoscritto autorizza l'Azienda al trattamento dei dati personali finalizzato agli adempimenti relativi all'espletamento della procedura in oggetto.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

La dichiarazione sostitutiva di certificazione / atto di notorietà è esente dall'imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e ss.mm.ii.

**N.B.: ALLEGARE COPIA DI DOCUMENTO DI IDENTITÀ PERSONALE IN CORSO DI VALIDITÀ DEL DICHIARANTE**

Da rendere a cura del personale medico (direttore tecnico e altri medici) e di altro personale operante nella struttura.

Il sottoscritto ..... nato a ..... il .....  
residente in ..... Via/Piazza ..... n. ....

Prov ..... , codice fiscale ..... , nella qualità di  
(specificare mansione) .....

del (*specificare tipologia struttura sanitaria*) .....

gestito della Società denominata: ..... con sede operativa  
in ..... Prov. .... Via/Piazza ..... n. ....,

a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 75 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e ss.mm.ii. sulla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere e consapevole delle sanzioni penali previste dal successivo art. 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46 e/o 47 del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii.

**DICHIARA (*segnare con x le voci di interesse*)**

- di aver conseguito la laurea in ..... in data ..... presso l'Università di .....
- di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione di ..... presso ..... nella sessione ..... dell'anno .....
- di aver conseguito la specializzazione in ..... in data ..... presso l'Università di .....
- di essere iscritto all'Albo dei ..... della prov. di ..... al n. .... dal .....
- di aver accettato, a decorrere dal ....., l'incarico di ..... del (*specificare tipologia struttura sanitaria*) ..... gestito dalla Società denominata: ....., per n. .... ore settimanali, non trovandosi in nessuna delle condizioni di incompatibilità previste dalla normativa vigente;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali incompatibilità che dovessero verificarsi nel futuro;
- di essere in possesso dei crediti ECM necessari per soddisfare l'obbligo formativo;
- (*dichiarazione da rendere solo a cura del direttore tecnico o sanitario*) che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 67 del D.Lgs n. 159 del 06.09.2011 (*Codice Antimafia*).
- altro ( diplomi, etc ) .....

Luogo e Data .....

(*firma per esteso*)

Ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento (UE) 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii., il sottoscritto autorizza l'Azienda al trattamento dei dati personali finalizzato agli adempimenti relativi all'espletamento della procedura in oggetto e per le finalità strettamente connesse.

Luogo e Data \_\_\_\_\_

(*firma per esteso*)

**N.B.: ALLEGARE COPIA DI DOCUMENTO DI IDENTITÀ PERSONALE IN CORSO DI VALIDITÀ DEL DICHIARANTE**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ**  
(Art. 47 D.P.R. N. 445/2000)

Io sottoscritto dr. .... nato a .....  
(prov. di .....), il ..... residente a .....  
(prov. di .....) c.a.p. .... via/p.zza ..... n. ....

a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 75 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e ss.mm.ii. sulla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere e consapevole delle sanzioni penali previste dal successivo art. 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46 e/o 47 del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii.

**Dichiaro di:**

- 1) accettare l'incarico presso la struttura .....  
con la qualifica di ..... in regime di rapporto  
 **libero professionale**     **dipendente (\*)** per n. .... ore settimanali a far data dal .....
- 2)  **essere**     **non essere (\*)** titolare di un rapporto di lavoro subordinato presso un ente pubblico o privato, con divieto di libero esercizio professionale (**Nota/1**)  
.....  
.....
- 3)  **avere**     **non avere (\*)** impegni settimanali per un orario pari o superiore a quello stabilito dal contratto collettivo ex art. 47 della legge n. 833/78 per il personale a tempo pieno dipendente da S.S.N. (**Nota/1**)  
.....  
.....
- 4)  **operare**     **non operare (\*)** in altre case di cura o presidi convenzionati con le AA.SS.PP. della Regione (**Nota/1**)  
.....  
.....
- 5)  **essere**     **non essere (\*)** titolare di incarico ambulatoriale disciplinato dall'ACN 29/07/2009 e s.m.i., o da determinazioni di altri enti che abbiano recepito il suddetto ACN (**Nota/1**)  
.....  
.....
- 6)  **avere**     **non avere (\*)** forme di cointeressenza diretta o indiretta con case di cura private o istituzioni sanitarie private soggette a regime autorizzativo ai sensi dell'art. 43 della legge n. 833/78 (**Nota/1**)  
.....  
.....
- 7)  **essere**     **non essere (\*)** titolare in altra branca specialistica di rapporto convenzionale disciplinato dal presente accordo (**Nota/1**)  
.....  
.....
- 8)  **essere**     **non essere (\*)** titolare, nella stessa branca specialistica e con la medesima ASP di altro rapporto convenzionale disciplinato dal presente accordo (**Nota/1**)  
.....  
.....

9)  **svolgere**  **non svolgere (\*)** attività fiscali per conto della stessa ASP (**Nota/1**)

.....  
.....

10)  **essere**  **non essere (\*)** iscritto negli elenchi dei medici di medicina generale di cui all'ACN 29/07/2009 e s.m.i., o dei medici pediatri di libera scelta di cui all'ACN 29/07/2009 e s.m.i. (**Nota/1**)

.....  
.....

11)  **essere**  **non essere (\*)** titolare di incarico di guardia medica nella continuità assistenziale o nell'emergenza sanitaria territoriale o nella medicina dei servizi (**Nota/1**)

.....  
.....

12)  **essere**  **non essere (\*)** titolare di trattamento di pensione (specificare ente e data di decorrenza)

.....  
.....

13)  **svolgere**  **non svolgere** nessun'altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compresa nei punti precedenti) (**Nota/1**)

.....  
.....

14) di non trovarsi in nessuna delle condizioni di incompatibilità previste dalla normativa vigente e di impegnarsi a comunicare eventuali incompatibilità che dovessero insorgere nel futuro,

16) altro:

.....  
.....  
.....

(\*) **Biffare** la parte che interessa.

**(Nota/1) – In caso affermativo indicare:**

- **denominazione e sede** dell'ente, istituzione, amministrazione, azienda, associazione, o altro organismo pubblico o privato, ovvero dell'ASP con cui esiste il rapporto, o per conto di cui viene esercitata l'attività dichiarata,
- **funzioni svolte o da svolgere**,
- **tipologia del rapporto di lavoro** (libero professionale o dipendente)
- **ore settimanali prestate**.

In fede  
Il dichiarante

Luogo e Data ..... , ...../...../.....

Ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento (UE) 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii., il sottoscritto autorizza l'Azienda al trattamento dei dati personali finalizzato agli adempimenti relativi all'espletamento della procedura in oggetto e per le finalità strettamente connesse.

Luogo e Data .....

(firma per esteso)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO  
IN MATERIA DI SVOLGIMENTO DI ATTIVITA'  
SUCCESSIVA ALLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ via / piazza \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

nella qualità di legale rappresentante della società associazione ditta individuale denominata:

“ \_\_\_\_\_ ”,

codice fiscale n. \_\_\_\_\_, partita IVA n. \_\_\_\_\_,

con sede legale nel Comune di \_\_\_\_\_

via / piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, piano \_\_\_\_\_,

e sede operativa dell'ambulatorio di \_\_\_\_\_

sita nel Comune di \_\_\_\_\_

via / piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, piano \_\_\_\_\_,

a conoscenza delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità ai sensi dell'art. 47 del medesimo D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii, nonché delle sanzioni cui incorrono i soggetti per i quali emerga il mancato rispetto dell'art. n. 53, comma 16-ter del DLGS n. 165/2001, come da Allegato 1 sezione punto 1.3 del vigente PTPCT.

**DICHIARA**

Con riferimento agli ex dipendenti dell'ASP di Palermo, il cui rapporto di lavoro sia cessato a decorrere dal 28.11.2012, che abbiano esercitato nei confronti della suddetta società /associazione/ ditta individuale le seguenti attività:

- rilascio di pareri igienico-sanitari, di autorizzazioni, di concessioni;
- scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi;
- controlli sulle strutture convenzionate che erogano prestazioni sanitarie di qualunque tipologia (ad es.: ricoveri, visite ambulatoriali, prestazioni riabilitative ex art. 26, prestazioni di comunità terapeutiche assistite, prestazioni di comunità tossicodipendenti, etc.);
- ispezione/controllo/vigilanza a qualsiasi titolo espletata,

laddove il dipendente sia stato il responsabile del procedimento e/o responsabile unico del procedimento (RUP) e/o incaricato dei controlli/verifiche e/o dirigente della Unità Operativa competente per materia:

di non avere concluso e di impegnarsi a non concludere contratti di lavoro subordinato o autonomo e, comunque, di non avere attribuito e di impegnarsi a non attribuire incarichi nel triennio successivo alla cessazione del rapporto di lavoro;

oppure

di avere concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e di avere attribuito incarichi agli ex dipendenti dell'ASP di Palermo come di seguito indicato:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*(specificare nome e cognome dell'ex dipendente, data di nascita, tipologia contratto di lavoro/incarico, data di decorrenza e termine finale del contratto/incarico)*

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

*Il Titolare / Legale Rappresentante  
(firma per esteso)*

Ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento (UE) 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003 e [ss.mm.ii.](#), il sottoscritto autorizza l'Azienda al trattamento dei dati personali finalizzato agli adempimenti relativi all'espletamento della procedura in oggetto e per le finalità strettamente connesse.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

*Il Titolare / Legale Rappresentante  
(firma per esteso)*



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

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ**  
(Art. 47 D.P.R. N. 445/2000)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_ della

\_\_\_\_\_ (indicare la denominazione e la ragione sociale dell'Ente o della Società)

beneficiario del provvedimento di autorizzazione/concessione avente ad oggetto \_\_\_\_\_

soggetto esterno contraente relativamente al contratto avente ad oggetto \_\_\_\_\_

preso atto delle disposizioni in materia di dichiarazioni sostitutive di cui all'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato decreto per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

**DICHIARA**

ai sensi dell'art. 1, comma 9, lett. e) L. 190/2012:

di non trovarsi in rapporto di parentela o affinità o situazioni di convivenza o frequentazione abituale con i dirigenti e i dipendenti dell'ASP Palermo;

di trovarsi in rapporto di \_\_\_\_\_ (specificare se parentela o affinità frequentazione abituale convivenza) con \_\_\_\_\_ dirigente dell'ASP Palermo e/o con \_\_\_\_\_ dipendente dell'ASP Palermo;

per quanto di diretta conoscenza<sup>1</sup>, che gli amministratori, i soci, i dipendenti della Società/Ente che il sottoscritto rappresenta non hanno rapporti di parentela o affinità o situazioni di convivenza o frequentazione abituale con i dirigenti e i dipendenti dell'ASP Palermo

per quanto di diretta conoscenza<sup>1</sup>, che \_\_\_\_\_ (indicare nome cognome) in qualità di \_\_\_\_\_ (specificare se amministratore/socio/dipendente)

della Società/Ente che il sottoscritto rappresenta è in rapporto di \_\_\_\_\_ (specificare se parentela o affinità o situazioni di convivenza o frequentazione abituale) con \_\_\_\_\_ dirigente dell'ASP Palermo e/o con \_\_\_\_\_ dipendente dell'ASP Palermo.

Il sottoscritto si impegna a comunicare ogni modifica sopravvenuta alla presente dichiarazione in occasione di eventuali futuri rapporti con l'ASP Palermo

P a l e r m o , \_\_\_\_\_

In fede

Alla presente dichiarazione si allega copia non autenticata di un proprio documento di identità

<sup>1</sup> l'art. 47 c. 2 DPR 445/2000 prevede che "la dichiarazione resa nell'interesse proprio del dichiarante può riguardare anche stati, qualità personali e fatti relativi ad altri soggetti di cui egli abbia diretta conoscenza". Per "diretta conoscenza" si intendono fatti, stati e qualità relativi al soggetto terzo di cui si rende dichiarazione e di cui il dichiarante "abbia completa contezza" (v. Cons. di Stato. sez. IV, sent. n. 3862/2011)