



REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
ENNA

Codice Fiscale e partita IVA 01151150867

**Dichiarazione Sostitutiva di assenza di
Incompatibilità**

(resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del Dpr 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/La sottoscritto CASSARA' EMANUELE

nato a ENNA il 15.02.57

residente in ENNA Via PASSO SIGUORE N° 62

Codice Fiscale n° CSSMNL57B15C3424 Matricola n°

Dipendente dell'ASP di Enna in servizio presso l'Unità Operativa.....

titolare di incarico DIREZIONE SANITARIA AREA livello.....fascia.....

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 e ai sensi dell'art. 74 del citato D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di non trovarsi in una delle condizioni di incompatibilità previste dalla seguente normativa:

art. 53 de D.L.gs 30 marzo 2001. n 165 (Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche), ai sensi del quale non possono essere ricoperti incarichi occasionali o non occasionali, gratuiti o retribuiti presso altri Enti se non preventivamente autorizzati da questa ASP.

- Per tanto il sottoscritto dichiara di ricoprire presso altri Enti incarichi:

occasionalmente	<input type="checkbox"/> Si	<input checked="" type="checkbox"/> No	retribuiti	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
non occasionali	<input type="checkbox"/> Si	<input checked="" type="checkbox"/> No	Preventivamente	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
gratuiti	<input type="checkbox"/> Si	<input checked="" type="checkbox"/> No	autorizzati da questa ASP		

Art. 3 L.R. 28 marzo 1995 n. 22 come modificato dalla L.R. 6/2001 art. 61 (Norme sulla proroga degli organi amministrativi e sulle procedure per le nomine di competenza regionale) ai sensi del quale non possono coesistere in capo al medesimo soggetto più di due incarichi di cui alla presente legge.

- A tale fine dichiara che presso Enti di amministrazione attiva, consultiva e di controllo della Regione, nonché Enti pubblici da essa dipendenti o comunque sottoposti a tutela, controllo o vigilanza, e delle persone giuridiche a prevalente partecipazione pubblica, alla nomina dei cui organi concorrono la regione o altri dei suddetti enti pubblici:

<input checked="" type="checkbox"/> Non copre alcun incarico	<input type="checkbox"/> Non copre più di due incarichi	<input type="checkbox"/> Copre più di due incarichi
--	---	---

specificare _____

Art. 10, 12 e 14 D.L.gs 8 aprile 2013 n. 39 (Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in



REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
ENNA

Codice Fiscale e partita IVA 01151150867

controllo pubblici, a norma dell'art 1 commi 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n. 190) ai sensi del quale i dirigenti non possono avere incarichi politici.

• A tale fine dichiara di:

Non coprire incarichi politici di coprire incarico politico c/o _____
nella qualità di _____

Artt. 5,6,7 del Codice di Comportamento Aziendale in materia di conflitto di interessi

• A tale fine dichiara:

Di avere preso visione del codice di comportamento e di **non trovarsi** in alcuna condizione di possibile conflitto di interessi

di avere tempestivamente comunicato al Dir. Resp. Servizio Risorse Umane e al Resp. Prev. Corruzione **di trovarsi** in una delle condizioni i cui ambiti possono interferire con lo svolgimento dell'attività dell'ufficio.
Specificare la tipologia:

Ai sensi dell'art 20 del D.Lgs. 39/2013 il/la sottoscritto/a si impegna a presentare annualmente la dichiarazione di assenza di incompatibilità (art.19 e 20 D.Lgs. 39/2013) e comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della stessa.

Trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. N 196/2003:

IL/La sottoscritto/a dichiara di essere informato/a del contenuto di cui all'art 13 del D.Lgs. n. 196/2013 e consente il trattamento dei dati forniti con la presente dichiarazione per le finalità di cui al D. Lgs n 39/2013.

Si allega documento di riconoscimento

Enna, li 21 / 02 / 2017

Il dichiarante _____

IL DIRETTORE SANITARIO
Dot. Emanuele Cassara

Cognome..... CASSARA
 Nome..... EMANUELE
 nato il..... 13-02-1957
 (atto n. 126 p. 1 s. A 1957)
 a..... ENNA (EN)
 Cittadinanza..... Italiana
 Residenza..... ENNA (EN)
 Via..... PASSO SIGNORE 62
 Stato civile..... CONIUGATO
 Professione..... MEDICO

CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI

Statura..... 174
 Capelli..... Castani
 Occhi..... Marroni
 Segni particolari..... NESSUNO




Firma del titolare..... *Emanuele Cassara*
 ENNA li 30-09-2011

Impronta del dito indice sinistro

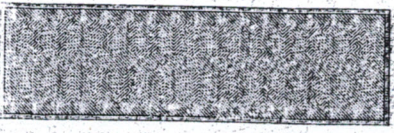
IL SINDACO

IN ORDINE DEL SINDACO
 L'UFFICILE DI ANAGRAFE
 CARICATO
 Carmelo...

Scadenza : 29-09-2021
 Diritti : 10,53



AS 2676279



IP ZS 52A - OFFICINA CV - ROMA

REPUBBLICA ITALIANA



COMUNE DI ENNA

CARTA D'IDENTITA

N° AS 2676279

DI CASSARA EMANUELE