



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 CRESPIMANNO GIUSEPPE
nato a PIAZZA ARMERINA il 12-09-1955
residente in PIAZZA ARMERINA Via GUSTAVO ROCCOZZA 25
Codice Fiscale n° CRS GPP 55 P 12 6580 J Matricola n° 448
Dipendente dell'ASP di Enna in servizio presso l'Unità Operativa DISTRETTO NICOSIA
titolare di incarico DIRIGENTE UOS 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 Si No retribuiti Si No
non occasionalmente Si No Preventivamente Si No
gratuiti Si No autorizzati da questa ASP

Art. 3 L.R. 28 marzo 1195 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:

Non copre alcun incarico Non copre più di due incarichi Copre più di due incarichi
specificare _____

Art. 10, 12 e 14 D.L.gs 8 aprile 2013 n. 39 (Disposizioni in materia di inconferibilità 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 16, 05, 2016

Il dichiarante Giuseppe Centurione



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 FARRUGGIO ANNA
 nato a CITTANOVA (RC) il 03.07.1961
 residente in PIAZZA ARMERINA Via Clde S. PIETRO
 Codice Fiscale n° FRR NNA 61443 CHM Matricola n° 412
 Dipendente dell'ASP di Enna in servizio presso l'Unità Operativa DISTRETTO PIAZZA ARMERINA
 titolare di incarico DIRIGENTE UOS 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 checked="" type="checkbox"/> No |
| non occasionalmente | <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No | Preventivamente autorizzati da questa ASP | <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No |
| gratuiti | <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No | | |

Art. 3 L.R. 28 marzo 1195 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:

- Non copre alcun incarico Non copre più di due incarichi Copre più di due incarichi
- specificare _____

Art. 10, 12 e 14 D.L.gs 8 aprile 2013 n. 39 (Disposizioni in materia di inconferibilità 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 16, 05, 2016

Il dichiarante 