

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
(ex artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)
SULL'INSUSSISTENZA DELLE CAUSE DI INCONFERIBILITA'
ED INCOMPATIBILITÀ DI CUI AL D. LGS. 8 APRILE 2013, N.39

Il/La sottoscritto/a FICARRA SALVATORE LUCIO
nato/a a _____ prov. _____
codice fiscale _____ con riferimento all'incarico di Commissario straordinario
dell'Azienda/Istituto ASP DI SIRACUSA con
sede in SIRACUSA
consapevole delle responsabilità civili, amministrative e penali, relative a dichiarazioni false o mendaci, di cui
all'art. 76 del DPR n. 445/2000 e s.m.i., nonché delle sanzioni di cui all'art. 20, comma 5, del D. Lgs. n.
39/2013 e s.m.i., sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

di non incorrere in alcuna delle cause di inconferibilità e/o incompatibilità previste dal D. Lgs. 8 aprile 2013, n.39

In particolare, ai fini dell'inconferibilità di incarichi di direzione nelle Aziende Sanitarie Provinciali:

- ☒ di non avere riportato condanna, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal Capo I del titolo II del libro secondo del codice penale (D.Lgs. n. 39/2013, Capo II, art. 3) e dalla legge 27 marzo 2001, n. 9, art. 3, comma 1;
- ☒ di non avere svolto incarichi e/o ricoperto cariche, nei due anni precedenti, in enti di diritto privato regolati o finanziati dal Servizio Sanitario Regionale (art. 5 Capo III del D. Lgs. n. 39/2013);
- ☒ di non rientrare in nessuna delle ipotesi di inconferibilità di cui all'art.8 Capo IV del D.Lgs. n. 39/2013;

e ai fini delle cause di incompatibilità:

- ☒ di non trovarsi in alcuna delle ipotesi di incompatibilità di cui all'art. 10 Capo V del D.Lgs.n. 39/2013;
- ☒ di non trovarsi in alcuna delle ipotesi di incompatibilità di cui all'art. 14 Capo VI del D.lgs.n. 39/2013;

OVVERO

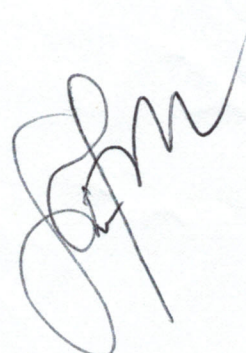
☐ di avere riportato le seguenti condanne penali: _____

☐ di avere svolto incarichi e/o ricoperto cariche, nei due anni precedenti, in enti di diritto privato regolati o finanziati dal Servizio Sanitario Regionale (art. 5 Capo III del D. Lgs. n. 39/2013) relativamente alle cariche e/o incarichi seguenti:

CARICA/INCARICO RICOPERTO	ENTE

☐ che sussistono la/e seguente/i cause di inconferibilità ai sensi dell'art. 8 Capo IV del D. Lgs. n. 39/2013:

☐ che sussistono la/e seguente/i causa/e di incompatibilità ai sensi degli artt. 10 Capo V e 14 Capo VI del D. Lgs n. 39:



Il sottoscritto si impegna a presentare annualmente una dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità di cui all'art. 20, comma 2, del D. Lgs. n. 39/2013 che sarà pubblicata nel sito dell'Assessorato regionale della salute e a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente, rendendo, se nel caso, una nuova dichiarazione sostitutiva.

Il trattamento dei dati riportati avverrà nel rispetto del D.Lgs 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali"

I dati forniti saranno trattati secondo le vigenti disposizioni di legge per le sole finalità del procedimento per il quale sono richiesti ed utilizzati esclusivamente per tali scopi

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

Il sottoscritto dichiara di essere informato e dà il proprio consenso al trattamento dei dati forniti con la presente dichiarazione per le finalità di cui al D. Lgs. n. 39/2013, ai sensi del D. Lgs. n.196/2003.

MAZZARINO, il 12.12.2018

In fede
