



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

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a DR. MARIANNA CIRINCIONE  
nato/a in BAGHERIA il 26-05-1959 residente  
a S. FLAVIA in Via NAZIONALE 85

- nella qualità di Direttore Sanitario Aziendale.  
 nella qualità di Direttore Amministrativo Aziendale.  
 nella qualità di direttore del Dipartimento/della Unità Operativa Complessa  
 nella qualità di responsabile della Unità Operativa Semplice non afferente a U.O.C.  
 nella qualità di titolare di incarico ex art.15 septies.  
 nella qualità di consulente/collaboratore \_\_\_\_\_

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, e relativamente a quanto disposto dal D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39 (disposizioni in materia di inconfiribilita' e incompatibilita' di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190):

- che

- sussistono situazioni di inconfiribilita' di cui ai capi III e IV del predetto D.Lgs. n.39/2013 (specificare \_\_\_\_\_)  
 non sussistono situazioni di inconfiribilita' di cui ai capi III e IV del predetto D.Lgs. n.39/2013.

Data, 22-05-2014

[Firma]  
(firma del dichiarante)

**Note per la compilazione:**

Allegare copia di un documento di riconoscimento.

Si deve apporre una "X" nella fattispecie che riguarda il dichiarante .

~~Ferma restando ogni altra responsabilità, la dichiarazione mendace, accertata dall'ASP Palermo,~~  
nel rispetto del diritto di difesa e del contraddittorio dell'interessato, comporta la inconfiribilita'  
di qualsivoglia incarico di cui al D.Lgs. n.39/2013 per un periodo di 5 anni.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a Dr. H. Cirrincione  
nato/a in Bagheria il 26-05-1959 residente  
a S. Flavio in Via Nazionale 85

- nella qualità di Direttore Sanitario Aziendale;  
 nella qualità di Direttore Amministrativo Aziendale;  
 nella qualità di direttore del Dipartimento/della Unità Operativa Complessa  
 nella qualità di responsabile della Unità Operativa Semplice non afferente a U.O.C. \_\_\_\_\_  
 Consulente/Collaboratore \_\_\_\_\_

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, e relativamente a quanto disposto dal D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39 (disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190):

- che  
 sussistono situazioni di incompatibilità di cui ai capi V e VI del predetto D.Lgs. n.39/2013 (specificare \_\_\_\_\_)  
 non sussistono situazioni di incompatibilità di cui ai capi V e VI del predetto D.Lgs. n.39/2013;  
- che nel caso in cui sorga una situazione di incompatibilità si impegna a comunicarla per iscritto alla funzione superiore in via gerarchica entro il termine massimo di 48 ore da quando ne ha avuto conoscenza.

Data, 22-05-2014

H. Cirrincione  
(firma del dichiarante)

**Note per la compilazione:**

Allegare copia di un documento di riconoscimento.

Si deve apporre una "X" nella fattispecie che riguarda il dichiarante.

~~Ferma restando ogni altra responsabilità, la dichiarazione mendace, accertata dall'ASP Palermo, nel rispetto del diritto di difesa e del contraddittorio dell'interessato, comporta la inconferibilità di qualsivoglia incarico di cui al D.Lgs. n.39/2013 per un periodo di 5 anni.~~



Distretto di Barberia  
Prot. n. 4541 del \_\_\_\_\_

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

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

Il/la sottoscritto/a Dr. MARIANNA CIRRIWEIONE  
nato/a in BARBERIA il 26-05-1959  
residente a S. Flavia in Via NAZIONALE 85

- in servizio presso il Dipartimento/Distretto Sanitario/Presidio Ospedaliero  
di BARBERIA U.O.C. \_\_\_\_\_, U.O.S.  
Spe. Pub. Int. ed Est. con la posizione funzionale di Resp. UOS, o

- dipendente \_\_\_\_\_ dell'Azienda/Ente  
(compilare in caso di personale esterno, presso commissioni per la scelta del contraente, e commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi o per progressioni di carriera);

nella qualità di dipendente assegnato, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture.

nella qualità di direttore del Dipartimento/della Unità Operativa Complessa \_\_\_\_\_

nella qualità di responsabile della Unità Operativa Semplice non afferente a U.O.C. \_\_\_\_\_

di ( ) presidente, ( ) componente, ( ) segretario, a commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi o per progressioni di carriera, di cui alla deliberazione / provvedimento di nomina n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_; relativa a \_\_\_\_\_

nella qualità di ( ) presidente, ( ) componente, ( ) segretario della commissione per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture di beni e servizi, di cui alla deliberazione / provvedimento di \_\_\_\_\_

Ferma restando ogni altra responsabilità, la dichiarazione mendace, accertata dall'ASP Palermo, nel rispetto del diritto di difesa e del contraddittorio dell'interessato, comporta la inconfirmità di qualsivoglia incarico di cui al D.Lgs. n.39/2013 per un periodo di 5 anni.



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

nomina n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, relativa a \_\_\_\_\_

- nella qualità di ( ) presidente, ( ) componente, ( ) segretario di commissioni per l'accertamento dell'invalidità civile (L. 295/90 e s.m.i.), dell'handicap (L. 104/92 e s.m.i.), del sordomutismo (L. 381/70 e s.m.i.), della cecità civile (L. 382/70 e s.m.i.), della disabilità ai fini dell'inserimento lavorativo (L. 68/99 e s.m.i.).
- nella qualità di consulente/collaboratore \_\_\_\_\_

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, e relativamente a quanto disposto dall'art.35 bis c.1 lett.b) e lett.c) del D.Lgs. 30.03.2001 n.165, di :

avere subito condanne, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale.  
(specificare l'autorità giudicante, il numero della sentenza, la pena comminata e il reato

non avere subito condanne, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale.

Il sottoscritto si impegna altresì a comunicare per iscritto al proprio dirigente/presidente della commissione - entro il termine massimo di 48 ore da quando ne ha avuto conoscenza - qualsiasi variazione della situazione di cui alla presente dichiarazione.

Data, 22-05-2014

[Firma]  
firma del dichiarante)

#### Note per la compilazione:

Allegare copia di un documento di riconoscimento.

Si deve apporre una "X" nella fattispecie che riguarda il dichiarante .

Ferma restando ogni altra responsabilità, la dichiarazione mendace, accertata dall'ASP Palermo, nel rispetto del diritto di difesa e del contraddittorio dell'interessato, comporta la ~~in~~inconferibilità di qualsivoglia incarico di cui al D.Lgs. n.39/2013 per un periodo di 5 anni.