DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

Io sottoscritto/a BOMBACI SARA
(C.F. BMBSRA78T47F158X) residente a MESSINA nato/a a MESSINA il 07.12.1978
BONER n. 40 CAP 98121 ai fini dell'immissione in servizio a tempo determinato presso l'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo Distretto/Presidio PARTINICO
Medico di PEDIATRIA in qualità di Dirigente
per gli effetti di cui all'art. 14 comma 4 del CCNL 12.02.1998, nonché dell'art. 1 punto 12 del CCNL integrativo 05.12.1996 per l'area della Dirigenza Medica e Veterinaria – Dirigenza non medica (SPTA) così come richiamato dall'art. 13-comma 2 del CCNL 1998/01, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del D.P.R. 445/00, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del predetto D.P.R. 445/00 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

giusta deliberazione n° 512 del 26/06/15

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità

[ ] 01) di non avere/avere in atto rapporto di lavoro pubblico o privato;
[X] 02) ~~[illegible]~~ non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità richiamate dall'art. 53 del D.Lgs. 165 del 30/03/2001 e s.m.i., e dall'art. 4 comma 7 della legge 30.12.1991 n. 412;
[X] 03) di 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, nonché di impegnarsi a comunicare per iscritto al proprio dirigente- entro il termine massimo di 48 ore da quando ne avrà conoscenza- qualsiasi variazione della situazione di cui alla presente dichiarazione;
[X] 04) che ~~il~~ il sottoscritto ~~[illegible]~~ _____ a _____ il _____ e residente in _____ Via _____ n. _____ nat_ risultano essere titolari o comoartecipanti di quote d'impresa che possono configurare conflitti d'interessi con il SSN (art. 4, comma 7, della legge 30.12.1991 n. 412 e Sentenza Consiglio di Stato Sez. V del 23.04.2001 n. 2417);
[ ] 05) di avere in atto il seguente rapporto di lavoro _____ lavoro con l' Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo, dalla data di immissione in servizio;
[X] 06) di non trovarsi in nessuna delle cause d'incompatibilità e d'inconferibilità previste dal D. Lgs. n. 39 del 08/04/2013;
[ ] 07) di impegnarsi a presentare annualmente una dichiarazione sulla insussistenza di alcuna delle condizioni d'incompatibilità e d'inconferibilità di cui al D. Lgs. n. 39 del 08/04/2013, nonché all'art. 4 comma 7 della legge 30.12.1991 n. 412 e Sentenza Consiglio di Stato Sez. V del 23.04.2001 n. 2417;
[X] 08) di non avere in godimento alcun trattamento pensionistico e che si impegna a comunicare tempestivamente all'ASP Palermo l'eventuale concessione di trattamento pensionistico durante la vigenza del rapporto di lavoro in questione;
[ ] 09) di avere in godimento il seguente trattamento pensionistico erogato da _____ per l'importo annuo di €. _____;
[X] 10) di non ricevere ~~[illegible]~~ a carico delle finanze pubbliche, retribuzioni o emolumenti " comunque denominati" in ragione di rapporti di lavoro subordinato compatibile o autonomo intercorrenti con le autorità indipendenti e con le pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i. (in caso positivo indicare l'ammontare annuo complessivo di €. _____);
[X] 11) di essere in possesso dei requisiti previsti per l'accesso al pubblico impiego;
[X] 12) di assoggettarsi al rapporto di lavoro esclusivo con l'ASP di Palermo previsto dall'art. 15 quater del D.Lgs 502/92 e s.m.i.;
[X] 13) che ~~[illegible]~~ non trattasi di attribuzione di primo incarico da parte dell'ASP di Palermo;
[X] 14) di essere disponibile ad assumere servizio presso la sede assegnata al momento della sottoscrizione del contratto individuale di lavoro e di accettare le condizioni previste in materia di impiego presso le Aziende Sanitarie dalla vigente normativa, incluse quelle concernenti divieti e limitazioni al libero esercizio della professione.

Allega copia documento di riconoscimento

Palermo 26/06/15

IL DICHIARANTE

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE – PALERMO

Si attesta che il/la dichiarante Sig. _____ identificato a mezzo esibizione di carta identità / patente di guida _____ ha sottoscritto in mia presenza la su estesa dichiarazione.

Palermo __/__/____

IL FUNZIONARIO

Atto dichiarazione resa in urgenza