

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

Il/la sottoscritto/a FORLISI MAURIZIO
nato/a in AGUGLIANO il 05/10/79
residente a SUDRIA in Via F. SCO SALADANA 3

- in servizio presso il Dipartimento/Distretto Sanitario/Presidio Ospedaliero
di RTES U.O.C. PROG. HSW, U.O.S.

..... con la posizione funzionale di DIRETTORE ING., o

- dipendente dell'Azienda/Ente ASP DI PALERMO
(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
inconferibilità di qualsivoglia incarico di cui al D.Lgs. n.39/2013 per un periodo di 5 anni.**

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

nomina n. _____ del _____, relativa _____.

☐ 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. a) b) e lett.c) del D.Lgs. 30.03.2001 n.165, di :

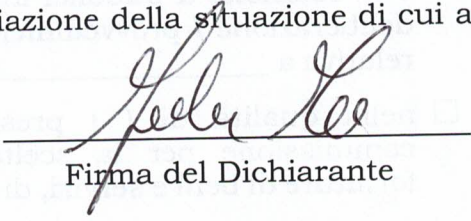
☐ avere subito condanne, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale.
(specificare l'autorità giudicante, il numero della sentenza, la pena comminata e il reato
_____)

☒ 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.

☒ Di non trovarsi in situazione di conflitto d'interesse ai sensi di quanto previsto dall' articolo 42 del codice dei contratti pubblici e dalle disposizioni vigenti in materia di conflitto di interesse

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, 15/04/2025


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 inconfiribilità di qualsivoglia incarico di cui al D.Lgs. n.39/2013 per un periodo di 5 anni.