



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

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 46 - 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il / la sottoscritto/a BONARETO VERONICA
 nato/a MILAZZO (ME) il 07/09/1979 residente a PALERMO
 in Via G. PATANIA 58
 in servizio presso il Dipartimento/Distretto Sanitario/Presidio Ospedaliero di SALUTE MENTALE U.O.C. DISURBI DELLO SPETT. AUTISMO U.O.S.
 con la posizione funzionale di LOGOPEDISTA
 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 di cui in intestazione, e ai sensi di quanto disposto dal D.P.R. 16.04.2013 n.62 (Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici a norma dell'art.54 del D.Lgs. 30.03.2001 n.165) e nel rispetto della disciplina vigente del diritto di associazione

- di non aderire o non appartenere ad associazioni od organizzazioni, (incluse onlus ed organismi non aventi scopo di lucro, con esclusione di partiti politici o sindacati) a prescindere dal loro carattere riservato o meno, i cui ambiti di interessi possono interferire con lo svolgimento dell'attività dell'ufficio.

ovvero

- di aderire o appartenere alla/e seguente/i associazioni od organizzazioni, (incluse onlus ed organismi non aventi scopo di lucro, con esclusione di partiti politici o sindacati) a prescindere dal loro carattere riservato o meno, i cui ambiti di interessi possono interferire con lo svolgimento dell'attività dell'ufficio.

Elenco associazioni od organizzazioni, (incluse onlus ed organismi non aventi scopo di lucro) _____



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

- ☐ 1.1) Di non avere svolto negli ultimi tre anni attività lavorativa o avere avuto rapporti diretti o indiretti di collaborazione a qualsiasi titolo con soggetti privati/pubblici in qualunque modo retribuiti o a titolo gratuito

ovvero

- ☐ 1.2) di avere svolto negli ultimi tre anni attività lavorativa o avere avuto rapporti diretti o indiretti di collaborazione a qualsiasi titolo - nel rispetto della normativa vigente - con soggetti privati/pubblici in qualunque modo retribuiti o a titolo gratuito, che di seguito si elencano (specificare tipologia di rapporto, soggetto, compenso e durata):

a) Rapporti lavorativi ad oggi in essere

☒ b) Rapporti lavorativi intercorsi negli ultimi tre anni

*Relatore come di formazione CEFPASS- Coltan' neta
'presa in carico ricerca del dse: il ruolo del rapporto'
26/11/2022 - (1 ora) 100 € lordo*

- ☐ 1.2.1) Che con i soggetti di cui ai rapporti sopra meglio specificati il sottoscritto, i propri parenti e/o affini entro il secondo grado, il coniuge o il convivente (**nome e cognome**) hanno ancora rapporti finanziari (**indicare con quali soggetti**):

- ☐ 2) Che i rapporti di cui al punto **1.2)** - nel rispetto della normativa vigente -
☐ sono intercorsi/ ☐intercorrono con soggetti privati/pubblici che non
abbiano interessi in attività o decisioni inerenti all'ufficio, limitatamente alle
pratiche affidate al sottoscritto.

Ovvero

- ☐ 2.1) che i predetti rapporti di cui al punto 1.2) - nel rispetto della normativa vigente - sono interco☐ / intercorrono co☐ soggetti privati/pubblici che
abbiano interessi in attività o decisioni inerenti l'ufficio, limitatamente alle
pratiche affidate al sottoscritto.

- ☐ 3) Che nello svolgimento della propria attività lavorativa non sussiste l'obbligo di astensione di cui al comma 2 all'art.6, art.7 e art.14 del D.P.R. 16.04.2013 n.62, e nel caso in cui sorga l'obbligo di astensione si impegna a comunicarlo per iscritto al proprio dirigente entro il termine massimo di 48 ore da quando ne ha avuto conoscenza.



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

- ☒ 4) Di non avere titolarità o compartecipazioni, né il sottoscritto né il coniuge (NOME E COGNOME _____), in imprese che possano configurare conflitto di interessi con il Servizio Sanitario Nazionale.

Ovvero

- ☐ 4.1) Di avere il sottoscritto e/o il coniuge (NOME E COGNOME _____), titolarità o compartecipazioni in imprese che possano configurare conflitto di interessi con il Servizio Sanitario Nazionale (indicare le imprese):

- ☒ 5) Di non svolgere qualsiasi altra tipologia di attività – sia individuale che in forma societaria -incompatibile con il rapporto di lavoro presso l'ASP Palermo, ovvero

- ☐ 5.1) di svolgere le seguenti attività sia individuale che in forma societaria (indicare la società):

- ☒ 5.2 di ~~avere~~ /non avere rapporti di frequentazione abituale con i seguenti soggetti destinatari della propria attività lavorativa ovvero

- ☐ 5.3 di avere rapporti di frequentazione abituale con i seguenti soggetti destinatari della propria attività lavorativa (indicare i nominativi dei frequentatori abituali e le attività da essi svolte)

Il sottoscritto si impegna altresì a comunicare entro 48 ore al proprio dirigente responsabile ogni variazione a quanto sopra dichiarato, le cause di incompatibilità verificatesi successivamente all'assunzione dell'incarico svolto e di impegnarsi a rimuovere eventuali cause di incompatibilità e/o conflitto d'interessi rilevate dall'ASP Palermo.

Inoltre il sottoscritto al fine di agevolare l'Amministrazione ad effettuare i dovuti controlli previsti dall'art 43 del DPR 445 del 2000 sulle dichiarazioni sostitutive rese ai sensi degli articoli 46 - 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 allega alla presente l'elenco indicante Nome e Cognome luogo e data di nascita dei parenti o affini entro il secondo grado del coniuge o del convivente.

Data, 22/04/2025

Veronica Baccaro

(firma del dichiarante)