



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 Patrizia Bucura
nato/a PALEOMO il 15.07.1965 residente a
PALEOMO in Via TRABUCCO n° 3
C.F. CLLPR2651556273F
in servizio presso il Dipartimento/Distretto Sanitario/Presidio Ospedaliero di
P.O.G.F. Ingrassia U.O.S.D. GASTROENTEROLOGIA, U.O.S.
con la posizione funzionale di Coordinatore
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) _____

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):

Incasso Titolare OPI per ESAME Finali CORSO (BUREA In fevri sti 26-27/03/2024 € 500.00 corso
Incasso di Docenza corso OSS "Solidarietà Soc. Cooperativa € 900.00 corso 03/04, 2024 / 11/03/2024
Incasso Extraofficium Esami Finali Corso OSS "Solidarietà Soc. Cooperativa € 800.00 corso 24/02, 2024
Incasso Extraofficium per la CIVILIS SCHOOL ESAMI Finali CORSO OSS 05/07, 2024 € 200.00 corso
Incasso Extraofficium per ENTE FORMAZIONE ISPE Sicily € 200.00 corso 04/12, 2023
* b) Rapporti lavorativi interscisi negli ultimi tre anni
Incasso Extraofficium per Redattori Impresa Sociale S.R.L. € 200.00 corso 25/05, 2022
Incasso Extraofficium per Agri Consulting S.n.c. € 200.00 corso 04/03, 2022
Incasso Extraofficium per Edil Ed. For. Ed. For. ISPE € 200.00 corso 03/12, 2022
Incasso Extraofficium per Impresa Sociale S.R.L. Solidarietà Soc. Cooperativa € 900.00 corso 20/05, 2023 / 06/06/24
Incasso Extraofficium per Associazione Civica Formazione Lavoro € 200.00 corso 04/07, 2023

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 interscisi/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 interscisi/intercorrono con soggetti privati/pubblici che non abbiano interessi in attività o decisioni inerenti all'ufficio, limitatamente alle pratiche affidate al sottoscritto.

3) Che nello svolgimento della propria attività lavorativa non sussiste l'obbligo di astensione in quanto non sussistono situazioni di conflitto di interesse delineate dalle seguenti disposizioni: - art. 6 bis L. 241/1990 - L. 190/2012 e D.lgs. 39/2013 - Artt. 3,6,7,13,14 e 16 del DPR 62/2013 - Art. 53, comma 14, D.lgs. 165/2001 - Art. 78 D.lgs. 267/2000 Art.42 D.lgs. 50/2016.
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.

- 4) Di non avere titolarità o partecipazioni, né il sottoscritto né il coniuge (NOME E COGNOME POCCANI STEFANO (CONVIVENTE) PA. 30.10.1963), 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 partecipazioni 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, 23/04/2025

Patrizia Gallo

(firma del dichiarante)

