



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

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

Il/la sottoscritto/a Coruso Leonardo nato/a Palermo
 il 23/04/1963 residente a Impeeto in Via Stato de Vinci
 C.F. CRSLRD63D23G273L, in servizio presso il Dipartimento/Distretto Sanitario/Presidio
 Ospedaliero di Prevenzione U.O.C. S. Pa. S. A. L. U.O.S. Controllo e Vigilanza
 con la posizione funzionale di Tecnico della Prevenzione.
 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 come integrato dal DPR 81/2023, (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) _____



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
Sede legale: Via G. Cusmano, 24 - 90141 PALERMO
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

Dipartimento di Prevenzione

U.O.C. Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro

Via Mariano Stabile, 7 - 90139 Palermo

Telefono: 091 703.2600/2659 – **Fax:** 091 703.2607

EMAIL: spresal@asppalermo.org

WEB : www.asppalermo.org

Palermo

Prot.

E p.c.

Dipartimento Risorse Umane

Dipartimento di Prevenzione

Oggetto: Incarichi di funzione organizzativa e di funzione professionale del Personale del Comparto, dei ruoli Sanitario/Socio Sanitario/Amministrativo/Tecnico.

In riferimento all'oggetto e facendo seguito alla Vs. nota prot. n.209091/2025 del 18/04/2025, al fine di consentire la stipula del contratto di conferimento degli incarichi con i soggetti designati con le delibere 434 del 2/04/2025 e 503 dell'11/04/2025, come rettifiche ed integrate con delibera n. 512 del 14/04/2025, si trasmette, come richiesto, documentazione, debitamente compilata e firmata dal Dott. Caruso Leonardo, matr. 7205, T.P.A.L.L., in servizio presso la U.O.C. Pre.S.A.L.:

- Modelli di dichiarazione attestanti l'inesistenza di situazioni d' inconfiribilità, incompatibilità e assenza di conflitti d'interesse (modelli "F" e "G");
- Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo;
- Fotocopia documento d'identità.

Il Direttore dell'U.O.C. Pre.S.A.L.

Dott. Aldo Iacona

D'ordine
Mario Conforti

- ☐ 4) di non avere titolarità o partecipazioni, né il sottoscritto né il coniuge (NOME E COGNOME Bede Acquaro), 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)

- ☒ 6) Il Sottoscritto, nell'ambito delle funzioni svolte per conto di questa azienda dichiara di non chiedere, per sé o per altri, né di accettare, neanche in occasione di festività, regali o altre utilità salvo quelli d'uso di modico valore, da soggetti che abbiano tratto o comunque possano trarre benefici da decisioni o attività inerenti l'ufficio.

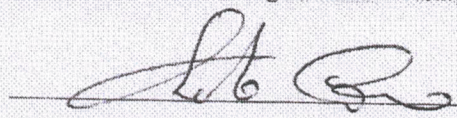
Il Sottoscritto nell'ambito delle funzioni svolte per conto di questa azienda non chiede per sé o per altri né accetta regali o altre utilità da un subordinato o da suoi parenti entro il quarto grado.

Il sottoscritto dichiara altresì di non offrire regali o altre utilità ad un sovraordinato o a suoi parenti entro il quarto grado, a conviventi, salvo quelli d'uso di modico valore.

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.

14/02/2025



(firma del dichiarante)

REPUBBLICA ITALIANA
TESSERA SANITARIA
 REGIONE LAZIO

Codice Fiscale **CRSLRD63D23G273L** Sesso **M**

Cognome **CARUSO**
 Nome **FRANCESCO**

Luogo di nascita **ROMA**
 Provincia **RM**

Data di scadenza **16/11/2022**
 Data di nascita **23/04/1963**

Gest. sanitari regionali

REGIONE LAZIO

REPUBBLICA ITALIANA
MINISTERO DELL'INTERNO
CARTA DI IDENTITÀ / IDENTITY CARD
COMUNE DI / MUNICIPALITY
TRAPPETO

COGNOME / SURNAME
CARUSO
NOME / NAME
LEONARDO
LUOGO E DATA DI NASCITA
PLACE AND DATE OF BIRTH
PALERMO (PA) 23.04.1963
SESSO / GENDER
M
STATURA / HEIGHT
178
CITTADINANZA / NATIONALITY
ITA
SCADENZA / EXPIRY
23.04.2029

580914

[illegible]