



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 Marco Antonio Di Stefano nato/a Palermo  
il 01/02/69 residente a Palermo in Via Santeramo  
C.F. DIENESM69M0001 in servizio presso il Dipartimento/Distretto Sanitario/Presidio  
Ospedaliero di 40 Colliere U.O.C. Asp del Terzo U.O.S. \_\_\_\_\_  
con la posizione funzionale di coll. servizio  
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) \_\_\_\_\_

OK

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

---

---

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 intercorsi/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 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)

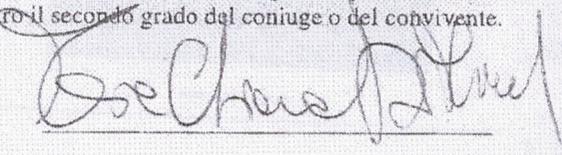
6) Il Sottoscritto, nell'ambito delle funzioni svolte per conto di questa azienda dichiara di non chiedere, per sé o per altri, né di accettare, neanche in occasione di festività, regali o altre utilità salvo quelli d'uso di modico valore, da soggetti che abbiano tratto o comunque possano trarre benefici 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. 21.01.25



(firma del dichiarante)

Cognome DI MICELI  
 Nome MARIA CHIARA  
 nato il 25-05-1967  
 (atto n. 1709 S. A.)  
 a CORLEONE (PA)  
 Cittadinanza ITALIANA  
 Residenza CORLEONE (PA)  
 Via MADRE TERESA COTTANIGLIA A.  
 Stato civile CONIUGATA  
 Professione IMPIEGATA  
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI  
 Statura 1.62  
 Capelli CASTANI  
 Occhi CASTANI  
 Segni particolari ////



Firma del titolare Maria Chiara Di Miceli  
**CORLEONE li** 12-09-2016  
 Impronta del dito indice sinistro Il sottoscritto  


VALIDA FINO AL  
01-04-2027  
 Totale diritti Euro 5,42  
  
**AX4732712**  
  
 RES - CCV - ROMA

REPUBBLICA ITALIANA  
  
 COMUNE DI  
**CORLEONE**  
 CARTA D'IDENTITÀ  
 N° AX4732712  
 DI  
DI MICELI  
MARIA CHIARA