



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 DI PAOLA PAOLINA  
 nato/a D. ALINENA (PA) il 25/11/1958 residente a  
PALERMO in Via DEI CANTIERI N. 26  
 C.F. DPL PLN 58565 A202 Q  
 in servizio presso il Dipartimento/Distretto Sanitario/Presidio Ospedaliero di  
DISTRETTO 42 U.O.C. PTA ALBAESE, U.O.S.  
 con la posizione funzionale di COLLABORATORE AMMINISTRATIVO  
 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):

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 GIOVANNI CALABRESE), 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, 23/04/2025

Paolino Di Paolo

(firma del dichiarante)