ASP PALERMO
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Modulo Allegato "F" al PIAO 2025/2027 - ASP PALERMO

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 46 - 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il / la sottoscritto/a GAMBINO CARLO nato/a MONREALE (PA)
il 01/12/1967 residente a CAMPOFELICE DI MAZARA in Via RITA LEVI MONTALCINI
C.F. GMBCRL67T01F377Q, in servizio presso il Dipartimento/Distretto Sanitario/Presidio Ospedaliero di DIREZIONE GENERALE U.O.C. COORD. STAFF STRATEGICO U.O.S. _____
con la posizione funzionale di COLL. AMM.VO PROF.LE
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

X 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) ORDINE DEI MEDICI, TITOLO GRATUITO, UNA GIORNATA COME FORMATORE;
2) CEFPAS, 300 EURO, GIORNATA DI FORMAZIONE;
3) CENTRO RICERCHE INTERVENTI SOCIO SANITARI ONLUS, N.Q. DI ESPERTO FORMATORE, LAVORO OCCASIONALE, 4.500 EURO LORDI.

☐ 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 l'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 – del DPR 62/2013 come integrato dal DPR 81/2023 – Art. 53, comma 14, D.lgs. 165/2001 – Art. 78 D.lgs. 267/2000 Art.16 D.lgs. 36/2023.
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 BARBARA FERRARO), 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 sè o per altri, nè 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 sè o per altri nè 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, 23/04/2025

(firma del dichiarante)