

Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo

DICHIARAZIONE PUBBLICA DI INTERESSI DEI PROFESSIONISTI¹
SEZIONE OBBLIGATORIA

Io sottoscritto/a, in piena conoscenza del piano triennale della trasparenza e dell'integrità e di prevenzione della corruzione, consapevole di quanto stabilito dal codice di comportamento generale ed aziendale nonché dal codice etico con la presente dichiaro ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000 (dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà) e consapevole della decadenza dei benefici di cui all'art. 75 e delle conseguenze penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

Parte I

NOME GIANNANGELO
COGNOME Licciardi
TITOLO/RUOLO Dir. 3P - ASG Sicilia
INDIRIZZO PROFESSIONALE via Madonna 66. Syracusa
INDIRIZZO E-MAIL Licciardi.giannangelo@ASPPALANNO.ORG

dichiara quanto segue:

- consapevole dell'importanza che questa dichiarazione riveste nell'ambito dell'attività professionale svolta presso AS. 3P - Syracusa (AS. 3P) e consapevole altresì che la veridicità delle affermazioni di seguito riportate è condizione essenziale della permanenza della fiducia che caratterizza in modo imprescindibile il rapporto di lavoro con l'amministrazione, in fede dichiaro di non detenere, a mia conoscenza, altri interessi diretti o indiretti in una azienda/industria farmaceutica, e/o dei dispositivi medici e/o di procedure diagnostiche e/o di altra tecnologia sanitaria oltre a quelli di seguito elencati.

Tab.1

Attività in un'azienda/industria dei settori di interesse	NO/SI ²	Attualmente o nell'anno trascorso	Da oltre 1 anno e meno di 5 anni	Da oltre 5 anni
1.1 Dipendente ³	<u>NO</u>			

¹ I professionisti tenuti alla compilazione della dichiarazione sono quelli appartenenti all'area sanitaria ed amministrativa riconducibili all'ambito dei soggetti tenuti all'applicazione della normativa in materia di trasparenza e della prevenzione della corruzione - vedi sezione specifica del Piano Nazionale Anticorruzione - Parte sanità e sui quali grava la responsabilità nella gestione delle risorse (ad esempio anche i dirigenti dell'area delle professioni sanitarie).

² Se la risposta è affermativa, compilare le voci successive

³ Indipendentemente dalla tipologia del contratto di lavoro

MODELLO F1

Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo

1.2 Consulente	NO			
1.3 Sperimentatore Coordinatore (Principal Investigator)	NO			
1.4 Membro di una Assemblea Consultiva, di un Comitato direttivo/comitato etico, di: Commissioni per prontuari: terapeutici - ospedalieri, di: Nuclei di valutazione HTA, di Scientific Board o organismo equivalente	NO			
1.5 Sperimentatore (non coordinatore) per lo sviluppo di un prodotto (Investigator)	NO			

Luogo e Data 28 FEB 2025

ASP PALERMO
DS 39 BAGHERIA
IL DICHIARANTE
Dott. Gianfranco Licciardi

Al sensi del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", letta l'informativa riportata in foglio separato e consapevole dei diritti a me spettanti in ordine al governo dei dati conferiti, autorizzo..... al trattamento dei miei dati personali.

Luogo e Data 28 FEB 2025

IL DICHIARANTE
DS 39 BAGHERIA
Il Direttore
Dott. Gianfranco Licciardi

Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo

DICHIARAZIONE PUBBLICA DI INTERESSI DEI PROFESSIONISTI⁶SEZIONE OBBLIGATORIA⁷

Parte III

Tab.3

Tipologia del rapporto/attività	NO	SI	Azienda/Industria/Prodotto/Tecnologia
3.1 Negli ultimi 3 anni e/o in quello in corso ho svolto lavoro dipendente ed ho percepito compensi direttamente e/o per il tramite dell'ente/organizzazione nel quale opero, relativi alla produzione di farmaco/dispositivo medico/procedura diagnostica/altra tecnologia sanitaria ⁸ .	X		
3.2 Negli ultimi 3 anni e/o in quello in corso ho agito in qualità di consulente per la /le seguente/i organizzazione/i (azienda farmaceutica, HTA, organismi di ricerca pubblici o privati, ecc.)	X		
3.3 Negli ultimi 3 anni e/o in quello in corso ho svolto studi clinici in relazione allo sviluppo di un farmaco/dispositivo medico/procedura diagnostica / altra tecnologia sanitaria.	X		
3.4 Negli ultimi 3 anni e/o in quello in corso ho partecipato ad un comitato o organo consultivo che ha prodotto decisioni correlate alla ricerca su un farmaco/dispositivo medico/ procedura diagnostica/altra tecnologia sanitaria.	X		

-- I professionisti tenuti alla compilazione della dichiarazione sono quelli riconducibili all'ambito dei soggetti tenuti all'applicazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza -- vedi sezione specifica del Piano Nazionale Anticorruzione Parte sanità.

⁶ Per tutte le voci della presente sezione la cui risposta è affermativa diviene obbligatoria la compilazione della "Dichiarazione degli interessi di carattere finanziario dei professionisti". Devono intendersi esclusi, ai fini della presente dichiarazione e di quelle successive, gli emolumenti e le liberalità a qualsiasi titolo erogati dalle Associazioni di categoria.

⁷ Inserire il numero identificativo delle fatture/altra documentazione attestante la prestazione eseguita.

MODELLO FI

Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo

3.5 Negli ultimi 3 anni e/o in quello in corso ho percepito, direttamente e/o per il tramite dell'ente/organizzazione nel quale opero, un contributo per spese di viaggio/alloggio/soggiorno ⁹ per ricerca su un farmaco/dispositivo medico/procedura diagnostica/altra tecnologia sanitaria.	X		
3.6 Negli ultimi 3 anni e/o in quello in corso mi sono state pagate, direttamente e/o per il tramite dell'ente/organizzazione nel quale opero, le spese congressuali da sponsor/azienda farmaceutica/organizzazione sanitaria/produttore/fornitore di dispositivi medici/ altra tecnologia e altri beni anche non sanitari ¹⁰ .	X		
3.7 Negli ultimi 3 anni e/o in quello in corso ho ricevuto, direttamente e/o per il tramite dell'ente/organizzazione nel quale opero, fondi di ricerca sotto forma di contratti di sovvenzione, doni, ricerche commissionate o borse di studio/ricerca da parte di sponsor/azienda farmaceutica/organizzazione sanitaria/produttore/fornitore di dispositivi medici/ altra tecnologia e altri beni anche non sanitari ¹¹ .	X		
3.8 Negli ultimi 3 anni e/o in quello in corso ho ricevuto, direttamente e/o per il tramite dell'ente/organizzazione nel quale opero, forniture di farmaci o attrezzature oppure supporto di tipo amministrativo da sponsor/azienda farmaceutica/ organizzazione sanitaria/produttore/fornitore di dispositivi medici/ altra tecnologia e altri beni anche non sanitari.	X		

⁹ Se la risposta è affermativa diventa obbligatoria la compilazione della scheda recante "Dichiarazione di partecipazione dei professionisti su inviti ad eventi organizzati da terzi".

¹⁰ Se la risposta è affermativa diventa obbligatoria la compilazione anche della scheda recante "Dichiarazione di partecipazione dei professionisti su inviti ad eventi organizzati da terzi".

¹¹ Se la risposta è affermativa diventa obbligatoria la compilazione anche della scheda recante "Modulo per la notifica dei doni ricevuti".

Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo

3.9 Negli ultimi 3 anni e/o in quello in corso ho prodotto una presentazione ad eventi organizzati da sponsor/azienda farmaceutica/organizzazione sanitaria/produttore/fornitore di dispositivi medici/ altra tecnologia e altri beni anche non sanitaria, dietro compenso percepito direttamente e/o per il tramite dell'ente/organizzazione nel quale opero¹².	X		
3.10 Negli ultimi 3 anni e/o in quello in corso ho partecipato all'organizzazione di eventi sponsorizzati da sponsor/azienda farmaceutica/organizzazione sanitaria/produttore/fornitore di dispositivi medici/ altra tecnologia e altri beni anche non sanitari dietro compenso percepito direttamente e/o per il tramite dell'ente/organizzazione nel quale opero¹³.	X		
3.11 Negli ultimi 3 anni e/o quello in corso ho svolto attività o contribuito alla progettazione di un farmaco/dispositivo medico/procedura diagnostica/altra tecnologia sanitaria dietro compenso percepito direttamente e/o per il tramite dell'ente/organizzazione nel quale opero.	X		
3.12 Negli ultimi 3 anni e/o in quello in corso ho ricoperto una posizione manageriale con funzioni gestionali nel seguente istituto, in cui si svolge ricerca medica che è stata finanziata da parte di sponsor/azienda farmaceutica/organizzazione sanitaria/produttore/fornitore di dispositivi medici/ altra tecnologia e altri beni anche non sanitari.	X		

¹² Se la risposta è affermativa diviene obbligatoria la compilazione anche della terza sezione recante "Dichiarazione di partecipazione dei professionisti su inviti ed eventi organizzati da terzi".

¹³ Se la risposta è affermativa diviene obbligatoria la compilazione anche della quarta sezione "Dichiarazione di partecipazione dei professionisti all'organizzazione di eventi sponsorizzati da terzi".

Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo

3.13 Negli ultimi 3 anni e/o in quello in corso ho ricevuto il pagamento di diritti e/o posseduto quote di partecipazione, titoli, diritti di opzione, quote di capitale (ad esclusione di fondi comuni o prodotti analoghi in cui l'investitore non ha alcun controllo sulla selezione delle quote), diritti da brevetti e altre forme di proprietà intellettuale da parte di sponsor/azienda farmaceutica/organizzazione sanitaria/produttore/fornitore di dispositivi medici/ altra tecnologia e altri beni anche non sanitari.	X		
3.14 Negli ultimi 3 anni e/o in quello in corso ho avuto interessi finanziari in aziende fornitrici del SSN o in società direttamente collegate a sponsor/azienda farmaceutica/organizzazione sanitaria/produttore/fornitore di dispositivi medici/ altra tecnologia e altri beni anche non sanitari.	X		
3.15 Ho relazioni di parentela entro il secondo grado o affinità o convivenza <i>more uxorio</i> con soggetti la cui attività è correlata con la mission dell'azienda farmaceutica / produttore / organizzazione sanitaria, i suoi rappresentanti commerciali o i suoi titolari di fornitura¹⁴.	X		
3.16 Sono membro (Socio/Presidente/Componente del Cda/Comitato Scientifico/Altro) di una Fondazione o altra persona giuridica con o senza scopo di lucro.	X		
3.17 L'organizzazione, per la quale svolge una delle attività di cui si parla nei precedenti, riceve un fondo o altri finanziamenti da sponsor/azienda farmaceutica/organizzazione sanitaria/produttore/fornitore di	X		

¹⁴ Se la risposta è affermativa, è opportuno che tutti i medici, i medici di base, i medici di specialistica con il soggetto dichiarante sottoscrivano analoghi di dichiarazione.

Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo

dispositivi medici/ altra tecnologia e altri beni anche non sanitari. ¹⁵			
3.18 Sono impegnato in un'attività che potrebbe essere percepita come un condizionamento/conflitto di interessi e comunque non rientrante in nessun caso di cui ai punti precedenti.	X		

Nel caso in cui intervengano fatti o interessi che modifichino la situazione esistente rispetto a quanto dichiarato con il presente atto, sarà mia cura darne immediata comunicazione e compilare una nuova dichiarazione specificando i cambiamenti intervenuti.

Questa dichiarazione non mi esenta, pertanto, dall'obbligo di dichiarare qualsiasi potenziale conflitto di interesse che dovesse sorgere in futuro.

Luogo e Data 28 FEB 2025

ASP PALERMO
DS 39 BAGHERIA
Il Dichiarante
Dott. Gianfranco Liacciardi

Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", letta l'informativa riportata in foglio separato e consapevole dei diritti a me spettanti in ordine al governo dei dati conferiti, autorizzo..... al trattamento dei miei dati personali.

Luogo e Data 28 FEB 2025

ASP PALERMO
DS 39 BAGHERIA
Il Dichiarante
Dott. Gianfranco Liacciardi

¹⁵ Esclusivamente per questa fattispecie è prevista la possibilità di inserire la seguente dichiarazione "non sono a conoscenza" nel campo relativo alla voce "azienda, industria, prodotto, tecnologia" o spuntando la voce relativa prevista per la compilazione digitale.

Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo

DICHIARAZIONE PUBBLICA DI INTERESSI DEI PROFESSIONISTI¹ SECONDA SEZIONE

DICHIARAZIONE DEGLI INTERESSI DI CARATTERE FINANZIARIO

NOME QUINTARE
COGNOME Leuzzi

Io sottoscritto/a, in piena conoscenza del piano triennale della trasparenza e dell'integrità e di prevenzione della corruzione, consapevole di quanto stabilito dal codice di comportamento generale ed aziendale nonché dal codice etico con la presente dichiaro, ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000 (dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà) e consapevole della decadenza dei benefici di cui all'art. 75 e delle conseguenze penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci con la presente dichiaro quanto segue:

- 1) ho avuto, nel triennio precedente alla presente dichiarazione e/o in quello in corso, interessi finanziari in aziende fornitrici del SSN o in società direttamente collegate ad azienda farmaceutica/produttore/organizzazione sanitaria, nonché il pagamento di diritti e/o il possesso di quote di partecipazione, titoli, diritti di opzione, quote di capitale (ad esclusione di fondi comuni o prodotti analoghi in cui l'investitore non ha alcun controllo sulla selezione delle quote), diritti da brevetti o altre forme di proprietà intellettuale da parte di azienda farmaceutica/produttore/organizzazione sanitaria.

Tab.4

4.1 Attività o partecipazione	Entità dell'interesse finanziario (specificare anche le modalità del riconoscimento/pagamento, l'arco temporale cui si riferisce il valore indicato, distinguendo tra la quota percepita direttamente e quella percepita per il tramite di/odell'ente/organizzazione in cui si opera)
	1. da € 500,00 a 1000 lordi 2. da € 1.001 a 5000 lordi 3. da € 5.001 a 10.000 lordi 4. da € 10.001 a 50.000 lordi

I professionisti tenuti alla compilazione della presente
normativa in materia di prevenzione della corruzione
- Parte sanità

Il Presidente del soggetto tenuto all'applicazione della
Legge n. 190 del 2012 e del Piano Nazionale Anticorruzione

Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo

- 2) ho svolto la seguente attività retribuita per attività di consulenza e prestazioni professionali risultanti da uno specifico contratto con l'azienda farmaceutica, indicando la tipologia del servizio prestato (ad esempio produzione di farmaco/dispositivo medico o sanitario/altra tecnologia sanitaria o ricezione fondi di ricerca sotto forma di contratti di ogni genere, doni, ricerche commissionate o borse di studio da parte di sponsor/azienda farmaceutica/produttore/organizzazione sanitaria).

4.2 Attività o partecipazione	Entità dell'interesse finanziario (specificare anche le modalità del riconoscimento/pagamento, l'arco temporale cui si riferisce il valore indicato, distinguendo tra la quota percepita direttamente e quella percepita per il tramite e/odall'ente/organizzazione in cui si opera) 1 = da € 500,00 a 1000 lordi 2 = da € 1001 a 5000 lordi 3 = da 5001 a 10.000 lordi 4 = oltre 10.000 lordi

- 3) ho percepito il seguente finanziamento diretto derivante dal pagamento delle spese congressuali (quota di iscrizione o delle spese di viaggio, alloggio e soggiorno), da sponsor/azienda farmaceutica/produttore /organizzazione sanitaria.

4.3 Attività o partecipazione	Entità dell'interesse finanziario (specificare anche le modalità del riconoscimento/pagamento, l'arco temporale cui si riferisce il valore indicato, distinguendo tra la quota percepita direttamente e quella percepita per il tramite e/odall'ente/organizzazione in cui si opera) 1 = da € 500,00 a 1000 lordi 2 = da € 1001 a 5000 lordi 3 = da 5001 a 10.000 lordi 4 = oltre 10.000 lordi

Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo

4) ho partecipato, nel triennio precedente alla presente dichiarazione, a consigli di amministrazione o comitati di impresa, società o partenariati, associazioni, fondazioni, organizzazioni non governative o altri enti giuridici.

4.4 Partecipazione in società o partenariati	Entità dell'interesse finanziario <i>(specificare anche le modalità del riconoscimento/pagamento, l'arco temporale cui si riferisce il valore indicato, distinguendo tra la quota percepita direttamente e quella percepita per il tramite e/o dall'ente/organizzazione in cui si opera)</i> 1 = da € 500,00 a 1000 lordi 2 = da € 1001 a 5000 lordi 3 = da 5001 a 10.000 lordi 4 = oltre 10.000 lordi

5) dichiaro qualsiasi altro interesse finanziario che possa influenzare l'esercizio delle mie funzioni (indicare eventuali altri interessi finanziari e/o eventuali informazioni integrative).

Luogo e Data

IL DICHIARANTE

ASP PALERMO
DS 39 BAGHERIA

Il Direttore
Dott. Gianfranco Licciardi

Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo

Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", letta l'informativa riportata in foglio separato e consapevole dei diritti a me spettanti in ordine al governo dei dati conferiti, autorizzo..... al trattamento dei miei dati personali.

Luogo e Data

28 FEB 2025

IL DICHIARANTE

ASP PALERMO
DS 39 BAGHERIA
Il Direttore
Dott. Gianfranco Licciardi

Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo

DICHIARAZIONE PUBBLICA DI INTERESSI DEI PROFESSIONISTI¹ TERZA SEZIONE DICHIARAZIONE DI PARTECIPAZIONE DEI PROFESSIONISTI SU INVITO AD EVENTI ORGANIZZATI DA TERZI

NOME.....

COGNOME.....

Io sottoscritto, in qualità di professionista iscritto al Registro dei Professionisti della Sanità, consapevole di quanto stabilito dal codice di deontologia professionale e della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000 (dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di qualificazione) e dell'art. 75 e delle conseguenze penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, con la presente dichiaro che a seguito di un invito e nello svolgimento delle mie funzioni, ho partecipato all'evento/i di cui alla seguente tabella, organizzato da terzi, e che non ho ricevuto né sono stato sostenuto o rimborsato da terzi.

☐ SI ☒ NO

Il presente atto è avvenuto per il tramite dell'ente/organizzazione presso cui opero.³

Lungo e Data 26 FEB 2025

IL DICHIARANTE.....
ASP PALERMO
Dott. GIANFRANCO LICCIARDI

¹ I professionisti tenuti alla compilazione della dichiarazione sono quelli riconducibili all'ambito dei soggetti tenuti all'applicazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza - vedi sezione specifica del Piano Nazionale Anticorruzione - Partecipanti.
² Compilare la tabella successiva con le specifiche ivi indicate, nonché specificare le modalità di pagamento distinguendo se percepito direttamente o/o se avvenuto per il tramite dell'ente/organizzazione presso cui il professionista opera. Se si risponde affermativamente a quest'ultimo caso, la tabella dovrà essere sottoscritta dal Rappresentante legale dell'ente/organizzazione.
³ Se si risponde affermativamente, la tabella dovrà essere sottoscritta dal Rappresentante legale dell'ente/organizzazione; in caso contrario va sottoscritta dal medesimo dichiarante.

Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo

Tab.5

5.1 SOGGETTO TERZO CHE HA RIMBORSATO/SOSTENUTO LE SPESE	NOME				
	FUNZIONE				
	INDIRIZZO				
	VIAGGIO		NO	SI	Se SI indicare: TIPO (ad es. volo, treno)
5.2 TIPO DI SPESE CORRENTE					CATEGORIA (ad es. economy, business)
	ALLOGGIO		NO	SI	Se SI indicare: NOME DELL' ALBERGO
					N° DI PERNOTTAMENTI
	SPESE DI SOGGIORNO		NO	SI/IN PARTE	Se SI/IN PARTE (inserire i dettagli nella sezione sottostante riservata alle note)
5.3 DETTAGLIO DELL'EVENTO	DATE E DURATA DELLA PARTECIPAZIONE ALL'EVENTO (indicare eventuali accompagnatori)				
	TIPO DI EVENTO (se non è possibile allegare il programma dell'evento fornire precisazioni nella sezione sottostante riservata alle note).				
	LUOGO				

Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo

Le dichiarazioni contenute nella presente dichiarazione sono fornite sotto l'esclusiva responsabilità personale del professionista e devono essere veritiere e non essere state successivamente alla data dell'evento.

Il sottoscritto, in qualità di responsabile aziendale della prevenzione della corruzione,

IL DICHIARANTE.....

ASP PALERMO
DS 39 BAGHERIA
Dott. Gianfranco Licciardi

Il presente documento è stato redatto in data 11 FEB 2025, letto e approvato in materia di protezione dei dati personali, letta l'informativa riportata in foglio separato e consegnata ai titolari dei dati personali, autorizzo al trattamento dei miei dati personali.

Luogo e Data 11 FEB 2025

IL DICHIARANTE

ASP PALERMO
DS 39 BAGHERIA
Dott. Gianfranco Licciardi

Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo

DICHIARAZIONE PUBBLICA DI INTERESSI DEI PROFESSIONISTI¹ QUARTA SEZIONE

DICHIARAZIONE DI PARTECIPAZIONE DEI PROFESSIONISTI ALL'ORGANIZZAZIONE DI EVENTI SPONSORIZZATI DA TERZI

NOME.....

COGNOME.....

Alunzio

Lecchi

Io sottoscritto/a, in piena conoscenza del piano triennale della trasparenza e dell'integrità e di prevenzione della corruzione, consapevole di quanto stabilito dal codice di comportamento generale ed aziendale nonché dal codice etico con la presente dichiara, ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000 (dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà) e consapevole della decadenza dei benefici di cui all'art. 75 e delle conseguenze penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci con la presente dichiaro che a seguito di invito e nello svolgimento delle mie funzioni, ho partecipato in qualità di organizzatore al seguente evento sponsorizzato da terzi, in relazione al quale le mie spese di viaggio, alloggio o soggiorno sono state sostenute o rimborsate da terzi.

Il pagamento è avvenuto per il tramite dell'ente/organizzazione presso cui opero³.

☒ SI ☐ NO

Luolo e Data

IL DICHIARANTE.....

ASP PALERMO
DIREZIONE DISTrettuale
DIREZIONE DISTrettuale
DIREZIONE DISTrettuale

¹ I professionisti tenuti alla compilazione della dichiarazione sono quelli ricaducibili all'ambito dei soggetti tenuti all'applicazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza - vedi sezione specifica del Piano Nazionale Anticorruzione - Putesanti.

² Compilare la tabella successiva con le specifiche ivi indicate, nonché specificare la modalità di pagamento distinguendo se è stato percepito direttamente e/o se avvenuto per il tramite dell'ente/organizzazione presso cui il professionista opera. Se il pagamento è avvenuto per il tramite dell'ente/organizzazione, la tabella seguente dovrà essere sottoscritta dal rappresentante legale dell'ente/organizzazione.

³ Se si risponde affermativamente, la tabella dovrà essere sottoscritta dal Rappresentante legale dell'ente/organizzazione; in caso contrario va sottoscritta dal medesimo dichiarante.

Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo

DICHIARAZIONE PUBBLICA DI INTERESSI DEI PROFESSIONISTI¹

QUARTA SEZIONE

DICHIARAZIONE DEI DONI RICEVUTI DAI PROFESSIONISTI

NOME Licciardi

COGNOME Licciardi

Io sottoscritto/a, in piena conoscenza del piano triennale della trasparenza e dell'integrità e di prevenzione della corruzione, consapevole di quanto stabilito dal codice di comportamento generale ed aziendale nonché dal codice etico con la presente dichiaro, ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000 (dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà) e consapevole della decadenza dei benefici di cui all'art. 75 e delle conseguenze penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci con la presente dichiaro quanto segue

Ricevuto da:	Data di ricevimento del dono	Ruolo/funzione in cui il professionista ha ricevuto il dono	Descrizione del dono	Valore stimato del dono secondo il professionista	
				<150 EURO	>150 EURO

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.

Luogo e data 20 FEB 2025 DICHIARANTE Licciardi

I professionisti tenuti alla compilazione della presente dichiarazione sono tenuti all'obbligo dei soggetti tenuti all'applicazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza del Piano Nazionale Anticorruzione

— Parte sanità

Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo

Le indicazioni contenute nella presente dichiarazione sono fornite sotto l'esclusiva responsabilità personale del medico e devono essere presentate entro l'ultimo giorno del mese successivo alla data di ricevimento di qualsiasi dono. Il presente modulo deve essere trasmesso al responsabile aziendale della Prevenzione della Corruzione.

Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 "*Codice in materia di protezione dei dati personali*", letta l'informativa riportata in foglio separato e consapevole dei diritti a me spettanti in ordine al governo dei dati conferiti, autorizzo al trattamento dei miei dati personali.

Si allega alla presente fotocopia del documento di riconoscimento.

Luogo e Data **28 FEB 2025**

IL DICHIARANTE

ASP. PALERMO
DS 39 BACHERIA
Il Direttore
Dott. Gianfranco Licciardi