



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

Il / la sottoscritto/a MICHELE FELICETTI nato/a OMISSIS
il OMISSIS residente a OMISSIS in Via OMISSIS
C.F. OMISSIS, in servizio presso il Dipartimento/~~Distretto Sanitario/Presidio~~
~~Ospedale~~ di Diagnostica per Immagini U.O.C. ////////////////, U.O.S. ////////////////
con la posizione funzionale di Coordinatore Attività Dipartimentale area Ospedaliera
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 _____

- ☒ 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

- ☐ 1.3) 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 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 _____), 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 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, 29/06/2026

Michele Felicetti

(firma del dichiarante)

B) Disposizioni particolari per i dirigenti

Il sottoscritto sotto la propria responsabilità, ai sensi di quanto previsto dalla vigente normativa in materia di autocertificazioni di cui in intestazione, e relativamente a 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) – dichiara altresì:

- ☐ B.1) Che non ha parenti e affini entro il secondo grado, coniuge o convivente o frequentazioni abituali con coloro che esercitano attività politiche, professionali o economiche che li pongano in contatti frequenti con l'ufficio che dirige, o che sono coinvolti nelle decisioni o attività inerenti l'ufficio.

Overo

- ☐ B.1.1) che ha parenti e affini entro il secondo grado, coniuge o convivente o frequentazioni abituali con coloro che esercitano attività politiche, professionali o economiche che li pongano in contatti frequenti con l'ufficio che dirige, o che sono coinvolti nelle decisioni o attività inerenti l'ufficio e che hanno rapporti specifici con l'attività svolta.

Si riporta di seguito l'elenco con l'indicazione dei parenti e affini entro il secondo grado, coniuge o convivente e frequentatori abituali con l'indicazione delle relative attività _____

- ☐ B.1.2) Di non versare in alcuna causa di incompatibilità o di conflitto di interesse in relazione alle funzioni svolte e all'incarico ricoperto previste dalla vigente normativa

ovvero

- ☐ Di versare in situazione di incompatibilità o di conflitto di interesse in relazione alle funzioni svolte e all'incarico ricoperto con i seguenti soggetti:

Nell'ambito delle seguenti attività o procedimenti:

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 _____

(firma del dichiarante)

Note per la compilazione:

La dichiarazione deve essere resa – con l'apposizione di una “X” per tutte le fattispecie che riguardano il dipendente, il personale dirigente deve compilare anche le dichiarazioni di cui al punto B). Allegare fotocopia documento di identità

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

Dichiarazione resa in conformità alle Linee Guida ANAC di cui alla delibera n. 833 del 03/08/2016 ai fini dell'applicazione dell'art. 15 c. 1 lett. C) , dell'art. 41 comma3 del D.Lgs. n° 33/2013 modificato dal D.Lgs 97/2016 , del D.Lgs. n.39/2013 .

Il/La sottoscritto/a FELICETTI MICHELE, nato/a a OMISSIS,
residente a OMISSIS, -, con riferimento alla proposta di incarico riguardante Funzione Organizzativa
competenze ivi conferibili in qualità di:

- Direttore generale
- Direttore sanitario
- Direttore amministrativo
- Responsabile di dipartimento
- Responsabile di struttura semplice
- Responsabile di struttura complessa
- Direttore dei servizi socio sanitari
- Dirigenti amministrativi
- Capi uffici di diretta collaborazione
- Posizioni organizzative con deleghe o funzioni dirigenziali
- Dirigente professional, dirigente esterno (Collaboratore/Consulente, Esperto)

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:

☒ Di non svolgere incarichi presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione né attività professionali (art. 15 c. 1 lett. C) del D.Lgs. n° 33/2013 e art.41 del D.Lgs. n° 33/2013 s.m.i)

oppure

☐ Di svolgere i seguenti incarichi presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (art. 15 c. 1 lett. C) del D.Lgs. n°33/2013 e s.m.i) e di percepire i seguenti compensi:

Nome dell'Ente presso cui si svolge l'incarico _____

Tipologia dell'incarico /descrizione del ruolo _____

Data di nomina o di assunzione dell'incarico _____

Termine di cessazione o scadenza dell'incarico _____

Compenso percepito o previsto per l'incarico _____

- ☐ Di svolgere le seguenti attività professionali anche quelle svolte in regime intramurario (art. 15 c. 1 lett. C) del D.Lgs. n° 33/2013 e art.41 del D.Lgs. n° 33/2013 s.m.i) e di percepire i seguenti compensi:

Tipologia dell'attività professionale svolta _____

Data di inizio dell'attività professionale _____

Termine di cessazione o scadenza dell'attività professionale _____

Compenso percepito o previsto per attività professionale _____

- ☒ Di non ricoprire cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (art. 15 c. 1 lett. C) del D.Lgs. n° 33/2013 e s.m.i);

oppure

- ☐ Di ricoprire le seguenti cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (art. 15 c. 1 lett. C) del D.Lgs. n° 33/2013 e s.m.i.) e di percepire i seguenti compensi:

Nome dell'Ente presso cui si svolge la carica _____

Tipologia della carica/descrizione del ruolo _____

Data di nomina o di assunzione della carica _____

Termine di cessazione o scadenza della carica _____

Compenso percepito o previsto per la carica _____

- ☒ Di non ricoprire cariche presso enti pubblici o privati (art. 14c. 1 lett. d) del D.Lgs. n° 33/2013 come modificato dal D.Lgs 97/2016);

oppure

- ☐ Di ricoprire cariche presso enti pubblici o privati (art. 14c. 1 lett. d) del D.Lgs. n° 33/2013 come modificato dal D.Lgs 97/2016);

Nome dell'Ente presso cui si svolge la carica _____

Tipologia della carica/descrizione del ruolo _____

Data di nomina o di assunzione della carica _____

Termine di cessazione o scadenza della carica _____

Compenso percepito o previsto per la carica _____

- ☒ ai sensi dell'art.14 lettera e) D.lgs 33/2013 così come modificato dal D.lgs 97/2016 di non ricevere oneri a carico delle finanze pubbliche derivanti da altri eventuali incarichi.

oppure

- ☐ ai sensi dell'art.14 lettera e) D.lgs 33/2013 così come modificato dal D.lgs 97/2016 di ricevere oneri a carico delle finanze pubbliche derivanti da altri incarichi _____ ed i relativi compensi (Euro _____)-

ai sensi dell'art.14 1-ter. comunica anche ai fini della pubblicazione di ricevere emolumenti complessivi percepiti a carico della finanza pubblica, in relazione a quanto previsto dall'articolo 13, comma 1, del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89. (indicare l'ammontare dei compensi Euro)

☒ Di non trovarsi in alcuna delle cause di inconferibilità dell'incarico di cui al D.Lgs. 8 aprile 2013, n° 39.

☒ Di non trovarsi in alcuna delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico di cui al D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39.

☒ Di non trovarsi in alcuna delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico **previste dalle normative indicate nel vigente Regolamento** in materia di autorizzazioni allo svolgimento di attività e incarichi compatibili con il rapporto di lavoro presso l'azienda sanitaria provinciale di Palermo in particolare art.53 del d.lgs165 del 30 Marzo 2001 e ss.mm.ii; artt. 60 e seguenti del DPR Gennaio1957 n.3; art. 4 comma 7 della Legge30/12/1991n.412 e sentenza Consiglio di Stato Sez V del 23/04/2001 n.2417., legge 23 Dicembre1996 n. 662

☐ di assoggettarsi al rapporto di lavoro esclusivo con l'Asp di Palermo previsto dall'art.15 quater del D.Lgs 502/92 e s.m.i.

oppure

☐ di avere optato in data _____ per il rapporto di lavoro non esclusivo _____ ai sensi dall'art.15 quater del D.Lgs 502/92 e s.m.i

☒ Di non trovarsi in relazione all'incarico da ricoprire in alcuna situazione di conflitto d'interesse anche potenziale ai sensi di quanto previsto dalla normativa vigente DPR 16 Aprile 2013 n.62.

☐ Di accettare le condizioni previste dalla vigente normativa in materia di impiego presso le Aziende Sanitarie,incluse quelle concernenti divieti e limitazioni al libero esercizio della professione.

☐ di avere ricevuto i seguenti incarichi e rivestito le seguenti cariche:

DENOMINAZIONE DELLA CARICA O DELL'INCARICO O DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA PROFESSIONALE È SVOLTA IN PRORIO	DATA DI CONFERIMENTO	DATA DI CESSAZIONE	DENOMINAZIONE E NATURA GIURIDICA DELL'ENTE PRESSO IL QUALE È PRESTATO L'ATTIVITÀ PROFESSIONALE	ORGANO CHE HA CONFERITO L'INCARICO	NOTE EVENTUALI (1)

¹ Se trattasi di incarichi ricoperti c/o Enti e/o Società Partecipate della Azienda Sanitaria, indicare se sono state conferite deleghe gestionali.

12. - ☒ di non avere riportato condanne penali (anche a seguito di patteggiamento) per i reati contro la pubblica amministrazione riconducibili alle fattispecie di cui al Titolo II Capo I del Codice Penale ed a quelle espressamente enunciate e richiamate in seno al D.Lgs. 235/2012;

ovvero

☐ di avere riportato le seguenti condanne penali (anche a seguito di patteggiamento) per reati contro la pubblica amministrazione

TIPOLOGIA REATO	DATA DEL PROVVEDIMENTO	DURATA PENA ACCESSORIA DELL'INTERDIZIONE DAI PUBBLICI UFFICI	EVENTUALE CONSEQUENTE CESSAZIONE RAPPORTO DI LAVORO DIPENDENTE O AUTONOMO	NOTE EVENTUALI

La presente dichiarazione è resa anche al fine di ottemperare agli obblighi di pubblicazione previsti dal D.Lgs 39/2013 e dal Dlgs 33/2013 modificato dal Dlgs 97/2016.

Il/La sottoscritto/a Felicetti Michele si impegna a comunicare tempestivamente, secondo le modalità previste dal vigente PTPC e dalle Direttive Aziendali emanate in materia, eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e nel caso di eventuale insorgenza, nel corso dell'espletamento dell'incarico e della carica e comunque prima della scadenza del termine previsto per la presentazione della dichiarazione annuale generalmente di una causa di inconferibilità o di incompatibilità prevista dal D.Lgs. 39/2013.

Il/La sottoscritto/a Felicetti Michele dichiara di essere stato/a informato/a, ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n° 196 circa il trattamento dei dati personali raccolti, ed in particolare, che tali dati saranno trattati, anche con strumenti informatici esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa.

Si allega alla presente copia del documento di riconoscimento.

Palermo, li 29/06/2026

Il Dichiarante Felicetti Michele



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

Dichiarazione resa in conformità alle Linee Guida ANAC di cui alla delibera n. 833 del 03/08/2016 ai fini dell'applicazione, dell'art. 41 comma 3 del D. Lgs. n° 33/2013 modificato dal D.Lgs 97/2016 e del D.Lgs. n.39/2013.

OMISSIS

Il/La sottoscritto/a FELICETTI MICHELE, nato/a al _____, residente
a _____, con riferimento alla proposta di incarico riguardante funzione organizzativa Coordinamento alle
competenze ivi conferibili in qualità di:

- Direttore generale
- Direttore sanitario
- Direttore amministrativo
- Responsabile di dipartimento
- Responsabile di struttura semplice
- Responsabile di struttura complessa
- Direttore dei servizi socio sanitari
- Dirigenti amministrativi
- Capi uffici di diretta collaborazione
- Posizioni organizzative con deleghe o funzioni dirigenziali
- Dirigente professional, dirigente esterno (Collaboratore/ Consulente ,Esperto)

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, che ai sensi di quanto disposto dal D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39 (disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, e dall'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190) che:

Ferma restando ogni altra responsabilità, la dichiarazione mendace, accertata dall'ASP Palermo, nel rispetto del diritto di difesa e del contraddittorio dell'interessato, comporta la inconferibilità di qualsivoglia incarico di cui al D.Lgs. n.39/2013 per un periodo di 5 anni.

Modulo Allegato "H" al PIAO 2026/2028 - ASP PALERMO

In relazione all'incarico di Funzione organizzativa Coordinamento Attività Dip. A. conferito con provvedimento n. 512 del 14/04/2025

☐ sussistono situazioni di incompatibilità di cui ai capi V e VI del predetto D.Lgs. n.39/2013 (specificare _____)

oppure

☒ non sussistono situazioni di incompatibilità di cui ai capi V e VI del predetto D.Lgs. n.39/2013;

☐ Di trovarsi in situazione di incompatibilità allo svolgimento dell'attuale incarico **secondo le previsioni normative indicate nel vigente Regolamento** in materia di autorizzazioni allo svolgimento di attività e incarichi compatibili con il rapporto di lavoro presso l'azienda sanitaria provinciale di Palermo in particolare ai sensi degli: art.53 del d.lgs165 del 30 Marzo 2001 e ss.mm.ii; artt. 60 e seguenti del DPR Gennaio1957 n.3; art. 4 comma 7 della Legge30/12/1991n.412 e sentenza Consiglio di Stato Sez V del 23/04/2001 n.2417., legge 23 Dicembre1996 n. 662

(specificare _____)

oppure

☒ Di non trovarsi in alcuna delle cause di incompatibilità allo svolgimento dell'attuale incarico **secondo le previsioni normative indicate nel vigente Regolamento** in materia di autorizzazioni allo svolgimento di attività e incarichi compatibili con il rapporto di lavoro presso l'azienda sanitaria provinciale di Palermo in particolare art.53 del d.lgs165 del 30 Marzo 2001 e ss.mm.ii; artt. 60 e seguenti del DPR Gennaio1957 n.3; art. 4 comma 7 della Legge30/12/1991n.412 e sentenza Consiglio di Stato Sez V del 23/04/2001 n.2417., legge 23 Dicembre1996 n. 662

☒ ai sensi dell'art.14 lettera e) D.lgs 33/2013 così come modificato dal D.lgs 97/2016 di non ricevere oneri a carico delle finanze pubbliche derivanti da altri eventuali incarichi.

oppure

☐ ai sensi dell'art.14 lettera e) D.lgs 33/2013 così come modificato dal D.lgs 97/2016 di ricevere oneri a carico delle finanze pubbliche derivanti da altri incarichi _____ ed i relativi compensi (Euro _____)-

☐ ai sensi dell'art.14 1-ter. comunica anche ai fini della pubblicazione di ricevere emolumenti complessivi percepiti a carico della finanza pubblica, in relazione a quanto previsto dall'articolo 13, comma 1, del decreto- legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89. (indicare l'ammontare dei compensi Euro__)

☒ di assoggettarsi al rapporto di lavoro esclusivo con l'Asp di Palermo previsto dall'art.15 quater del D.Lgs 502/92 e s.m.i.

oppure

Ferma restando ogni altra responsabilità, la dichiarazione mendace, accertata dall'ASP Palermo, nel rispetto del diritto di difesa e del contraddittorio dell'interessato, comporta la inconferibilità di qualsivoglia incarico di cui al D.Lgs. n.39/2013 per un periodo di 5 anni.

Modulo Allegato "H" al PIAO 2026/2028 - ASP PALERMO

☐ di avere optato in data _____ per il rapporto di lavoro non esclusivo _____ ai sensi dall'art.15 quater del D.Lgs 502/92 e s.m.i

☒ Di non trovarsi in relazione all'incarico da ricoprire in alcuna situazione di conflitto d'interesse anche potenziale ai sensi di quanto previsto dalla normativa vigente DPR 16 Aprile 2013 n.62.

☐ Di accettare le condizioni previste dalla vigente normativa in materia di impiego presso le Aziende Sanitarie, incluse quelle concernenti divieti e limitazioni al libero esercizio della professione.

☒ di non avere riportato condanne penali (anche a seguito di patteggiamento) per i reati contro la pubblica amministrazione riconducibili alle fattispecie di cui al Titolo II Capo I del Codice Penale ed a quelle espressamente enunciate e richiamate in seno al D.Lgs. 235/2012;

La presente dichiarazione è resa anche al fine di ottemperare agli obblighi di pubblicazione previsti dal D.Lgs 39/2013 e dal Dlgs 33/2013 modificato dal Dlgs 97/2016.

Il/la sottoscritto/a si impegna, all'eventuale presentarsi nel corso dell'incarico di una causa di inconferibilità o di incompatibilità, di darne tempestiva comunicazione per iscritto ,entro il termine massimo di 48 ore, alla funzione superiore in via gerarchica e al R.P.C. Si impegna altresì di rinnovare entro i tempi stabiliti la dichiarazione annuale di insussistenza di cause di incompatibilità.

Data, 29/06/2026

FELICETTI MICHELE

(firma del dichiarante)

Note per la compilazione:

Allegare copia di un documento di riconoscimento.

Si deve apporre una "X" nella fattispecie che riguarda il dichiarante.

Ferma restando ogni altra responsabilità, la dichiarazione mendace, accertata dall'ASP Palermo, nel rispetto del diritto di difesa e del contraddittorio dell'interessato, comporta la inconferibilità di qualsivoglia incarico di cui al D.Lgs. n.39/2013 per un periodo di 5 anni.