



REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
ENNA

Codice Fiscale e partita IVA 01151150867

Dichiarazione Sostitutiva di assenza di
Incompatibilità

(resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del Dpr 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/La sottoscritto PALAZZO D. no CONCETTA PAOLINA
nato a CATANIA il 24/03/1961
residente in CANTURIPPE Via P.zza DUOMO N. 5
Codice Fiscale n° P.8.CCTG1C6HC251J Matricola n° 1220
Dipendente dell'ASP di Enna in servizio presso l'Unità Operativa ASP SPA DISTRETTO DI ENNA
titolare di incarico RESPONSABILI W. FOUCAUBULORIO livello C2 fascia E
Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 e ai sensi dell'art. 74 del citato D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di non trovarsi in una delle condizioni di incompatibilità previste dalla seguente normativa:

art. 53 de D.Lgs 30 marzo 2001. n 165 (Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche), ai sensi del quale non possono essere ricoperti incarichi occasionali o non occasionali, gratuiti o retribuiti presso altri Enti se non preventivamente autorizzati da questa ASP.

- Per tanto il sottoscritto dichiara di ricoprire presso altri Enti incarichi:

occasional	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> No	retribuiti	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> No
non occasional	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> No	Preventivamente autorizzati da questa ASP	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> No
gratuiti	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> No		

Art. 3 L.R. 28 marzo 1995 n. 22 come modificato dalla L.R. 6/2001 art. 61 (Norme sulla proroga degli organi amministrativi e sulle procedure per le nomine di competenza regionale) ai sensi del quale non possono coesistere in capo al medesimo soggetto più di due incarichi di cui alla presente legge.

- A tale fine dichiara che presso Enti di amministrazione attiva, consultiva e di controllo della Regione, nonché Enti pubblici da essa dipendenti o comunque sottoposti a tutela, controllo o vigilanza, e delle persone giuridiche a prevalente partecipazione pubblica, alla nomina dei cui organi concorrono la regione o altri del suddetti enti pubblici:

- Non copre alcun incarico Non copre più di due incarichi Copre più di due incarichi
- specificare _____

Art. 10, 12 e 14 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



REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
ENNA

Codice Fiscale e partita IVA 01151150867

controllo pubblici, a norma dell'art 1 commi 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n. 190) ai sensi del quale i dirigenti non possono avere incarichi politici.

▪ A tale fine dichiara di:

Non coprire incarichi politici di coprire incarico politico c/o _____
nella qualità di _____

Artt. 5,6,7 del Codice di Comportamento Aziendale in materia di conflitto di interessi

▪ A tale fine dichiara:

Di avere preso visione del codice di comportamento e di **non trovarsi** in alcuna condizione di possibile conflitto di interessi

di avere tempestivamente comunicato al Dir. Resp. Servizio Risorse Umane e al Resp. Prev. Corruzione di **trovarsi** in una delle condizioni i cui ambiti possono interferire con lo svolgimento dell'attività dell'ufficio.
Specificare la tipologia:

Al sensi dell'art 20 del D.Lgs. 39/2013 il/la sottoscritto/a si impegna a presentare annualmente la dichiarazione di assenza di incompatibilità (art.19 e 20 D.Lgs. 39/2013) e comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della stessa.

Trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. N 196/2003:

IL/La sottoscritto/a dichiara di essere informato/a del contenuto di cui all'art 13 del D.Lgs. n. 196/2013 e consente il trattamento dei dati forniti con la presente dichiarazione per le finalità di cui al D. Lgs n 39/2013.

Si allega documento di riconoscimento

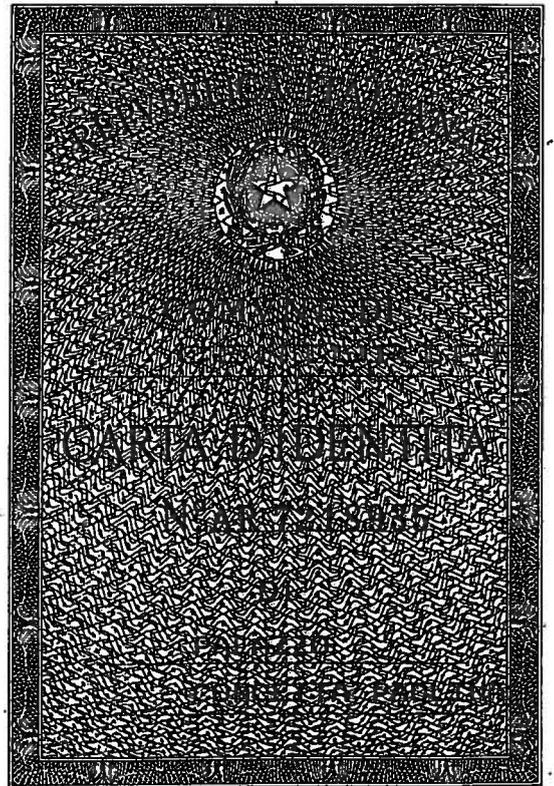
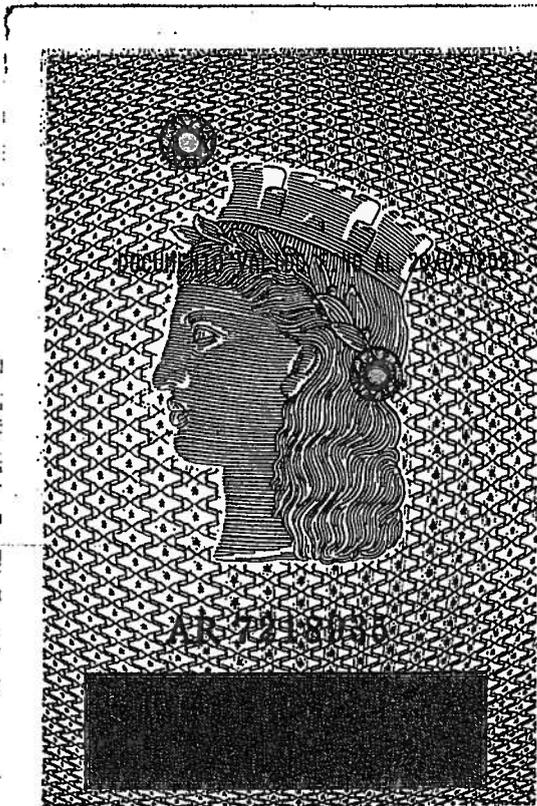
Enna, li 8/3/2015

Il dichiarante

Cognome..... PALAZZO
 Nome..... CONCETTA PAOLINA
 nato il..... 24/03/1961
 (atto n..... 1834 A.)
 a..... CATANIA (C.T.)
 Cittadinanza..... ITALIANA.....
 Residenza..... MEDITERRANEA (EN)
 Via..... 8888 PIAZZA S. GIUSEPPE
 Stato civile.....
 Professione.....
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
 Statura.....
 Capelli..... CASTANI
 Occhi..... CASTANI
 Segni particolari.....



Firma del titolare.....
 Impronta del dito indice.....
 Euro





REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
ENNA

Codice Fiscale e partita IVA 01151130867

Dichiarazione Sostitutiva di assenza di
Incompatibilità

(resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del Dpr 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/La sottoscritto... DOTT. PRIVITERA ANGELO
nato a CATANIA il 08-02-1952
residente in VILLAROSA viale MESCHINDINO
Codice Fiscale n° PRV COT 52 PDC 351A Matricola n° 03101
Dipendente dell'ASP di Enna in servizio presso l'Unità Operativa PRESIDIA VILLAROSA
titolare di incarico DIRIGENTE PRESIDIA livello... fascia... C.1
Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 e ai sensi dell'art. 74 del citato D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di non trovarsi in una delle condizioni di incompatibilità previste dalla seguente normativa:

art. 53 del D.Lgs 30 marzo 2001, n. 165 (Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche), ai sensi del quale non possono essere ricoperti incarichi occasionali o non occasionali, gratuiti o retribuiti presso altri Enti se non preventivamente autorizzati da questa ASP.

- Per tanto il sottoscritto dichiara di ricoprire presso altri Enti incarichi:
occasionali [] Si [X] No retribuiti [] Si [X] No
non occasionali [] Si [X] No Preventivamente autorizzati da questa ASP [] Si [X] No
gratuiti [] Si [X] No

Art. 3 L.R. 28 marzo 1995 n. 22 come modificato dalla L.R. 6/2001 art. 61
(Norme sulla proroga degli organi amministrativi e sulle procedure per le nomine di competenza regionale) ai sensi del quale non possono coesistere in capo al medesimo soggetto più di due incarichi di cui alla presente legge.

- A tale fine dichiara che presso Enti di amministrazione attiva, consultiva e di controllo della Regione, nonché Enti pubblici da essa dipendenti o comunque sottoposti a tutela, controllo o vigilanza, e delle persone giuridiche a prevalente partecipazione pubblica, alla nomina dei cui organi concorrono la regione o altri dei suddetti enti pubblici:

- [X] Non copre alcun incarico [] Non copre più di due incarichi [] Copre più di due incarichi
specificare _____

Art. 10, 12 e 14 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



REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
ENNA

Codice Fiscale e partita IVA 01151150857

controlli pubblici, a norma dell'art 1 commi 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n. 190) ai sensi del quale i dirigenti non possono avere incarichi politici.

• A tale fine dichiara di:

Non coprire incarichi politici di coprire incarico politico c/o _____
 nella qualità di _____

Artt. 5,6,7 del Codice di Comportamento Aziendale in materia di conflitto di interessi

A tale fine dichiara:

Di avere preso visione del codice di comportamento e di non trovarsi in alcuna condizione di possibile conflitto di interessi

di avere tempestivamente comunicato al Dir. Resp. Servizio Risorse Umane e al Resp. Prev. Corruzione di trovarsi in una delle condizioni i cui ambiti possono interferire con lo svolgimento dell'attività dell'ufficio.
 Specificare la tipologia:

Ai sensi dell'art 20 del D.Lgs. 39/2013 il/la sottoscritto/a si impegna a presentare annualmente la dichiarazione di assenza di incompatibilità (art.19 e 20 D.Lgs. 39/2013) e comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della stessa.

Trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. N 196/2003:

IL/La sottoscritto/a dichiara di essere informato/a del contenuto di cui all'art 13 del D.Lgs. n. 196/2013 e consente il trattamento dei dati forniti con la presente dichiarazione per le finalità di cui al D. Lgs n 39/2013.

Si allega documento di riconoscimento

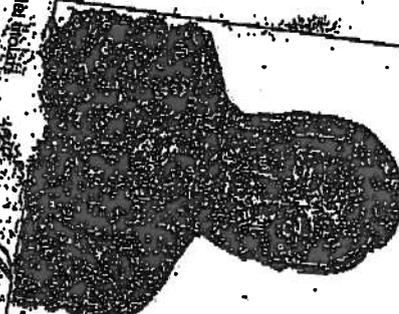
Enna, il

9/9/15

Il dichiarante

[Handwritten signature]

Cognome	Privitera
Nome	Concetto
nato il	8 febbraio 1952
(atto n. 614	1 s. 4
	CT
Residenza	Villa...
Via	C.da Med...
Telefono	
Professione	medico
CONNOIARI	CONTE
SALENTI	
Statura	172
Capelli	castani
Occhi	cazzani
Segni particolari	nessuno

Firma del richiedente Villavrosca Imposta dal 1° luglio 1952 17-ago-2006	
--	--