



REGIONE SICILIANA  
**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE**  
**ENNA**  
Codice Fiscale e partita IVA 01151150867

**Dichiarazione Sostitutiva**  
**Dati relativi allo svolgimento di incarichi e Assenza conflitti di interesse**  
**(resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445)**

Il/La sottoscritto/a MUSTILE GW SEPPES  
nato/a a [redacted], il [redacted]  
residente a [redacted], in [redacted]?  
Codice Fiscale [redacted]

Visto il Codice di Comportamento Aziendale dell'Asp di Enna;

Considerato che il Codice di Comportamento Aziendale si applica anche ai collaboratori e consulenti dell'Azienda con qualsiasi tipologia di contratto o incarico, conferito a qualsiasi titolo;

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, sotto la propria responsabilità

**Dati relativi allo svolgimento di incarichi**

**DICHIARA**

di non svolgere incarichi, di non rivestire cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione né di svolgere attività professionali (art. 15, c. 1, d.lgs. n. 33/13 e s.m.i.);

o di svolgere i seguenti incarichi o di rivestire le seguenti cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione ovvero di svolgere le seguenti attività professionali (art. 15, c. 1, d.lgs. n. 33/13 e s.m.i.):

Incarichi e cariche		
Soggetto conferente	Tipologia incarico/carica	Periodo di svolgimento dell'incarico

Attività professionali		
Soggetto conferente	Tipologia incarico/carica	Periodo di svolgimento dell'incarico

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE ENNA - VIALE DIAZ, 7/9 - 94100

**DICHIARA**

di non essere titolare di alcun incarico con oneri a carico della finanza pubblica (art. 23 ter D.L. n. 201/2011);

di essere titolare, ai fini dell'applicazione della vigente normativa in materia di limite massimo retributivo, per l'anno ....., dei seguenti incarichi a carico della finanza pubblica (art. 23 ter D.L. n. 201/2011):

Soggetto conferente	Tipologia incarico/consulenza	Data conferimento incarico	Data fine incarico	Importo lordo di competenza dell'anno	Importo lordo di competenza anni successivi

**Assenza Conflitto d'interesse****DICHIARA**

a) di avere preso visione del Codice Aziendale di Comportamento, in particolare dell'art. 8;

b)  di aderire  di non aderire

ad associazioni, organizzazioni, circoli o altri organismi di qualsiasi natura di seguito esposti i cui ambiti di interessi possano interferire con lo svolgimento dell'attività dell'ufficio (a titolo esemplificativo e non esaustivo, sono tali quei soggetti che operano, anche senza fini di lucro, in ambito sanitario e socio-sanitario; rivestono, inoltre, particolare rilevanza i rapporti intercorrenti con associazioni esterne, ivi comprese le Onlus, che orbitano attorno all'area dell'assistenza e della ricerca): \_\_\_\_\_

*(Questa dichiarazione è da effettuare almeno trenta giorni prima dell'adesione formale e comunque non oltre dieci giorni dall'adesione al Direttore dell'Unità Operativa o Struttura di competenza)*

c)  di avere  di non avere

rapporti anche non direttamente remunerati con associazioni, organizzazioni, circoli o altri organismi di qualsiasi natura di seguito esposti, i cui ambiti di interessi possano interferire, come sopra indicato, con lo svolgimento dell'attività dell'incarico: \_\_\_\_\_

*(Questa dichiarazione va comunicata sempre e comunque, al di là dell'adesione formale ad associazioni)*

d)  di avere avuto  di non avere avuto

offerte di rapporto avanzate dalle associazioni, organizzazioni, circoli o altri organismi di qualsiasi natura di seguito esposti, i cui ambiti di interessi possano interferire, come sopra indicato, con lo svolgimento dell'attività dell'ufficio, precisando i relativi importi e le modalità di collaborazione: \_\_\_\_\_

*(Questa dichiarazione va comunicata preventivamente al Direttore dell'Unità Operativa o Struttura di competenza)*

**DICHIARA**

(Questa dichiarazione va presentata immediatamente dopo la nomina e ad aggiornarla ogni qualvolta si determinino variazioni rilevanti, entro trenta giorni dalle stesse al Direttore dell'Unità Operativa o Struttura di competenza.)

a) di avere preso visione del Codice Aziendale di Comportamento, in particolare dell'art. 9;

b)  di avere avuto  di non avere avuto

rapporti, diretti o indiretti, di collaborazione con soggetti privati in qualunque modo retribuiti negli ultimi tre anni:

Soggetti privati	Tipologia rapporto

c)  di avere  di non avere

attualmente rapporti finanziari con il soggetto con cui ha avuto i predetti rapporti di collaborazione come di seguito riportato: \_\_\_\_\_;

d) che i propri parenti o affini entro il secondo grado (1), il proprio coniuge o il proprio convivente

hanno ancora  non hanno

rapporti finanziari, per quanto a conoscenza del sottoscritto, con il soggetto privato con cui il sottoscritto ha avuto i predetti rapporti di collaborazione e precisamente:

Rapporto con il dichiarante (indicare grado di parentela o affinità o coniuge o convivente)	Soggetto con cui hanno ancora rapporti di collaborazione (come da dichiarazione precedente)

e) che tali rapporti sono intercorsi o intercorrono con soggetti che, per quanto a conoscenza del sottoscritto,

hanno  non hanno

interessi in attività o decisioni inerenti all'ufficio, limitatamente alle pratiche a lui affidate: \_\_\_\_\_

### **DICHIARA**

a) di avere preso visione del Codice Aziendale di Comportamento, in particolare dell'art. 20;

b)  di avere  di non avere

partecipazioni azionarie e altri interessi finanziari che possano porlo in conflitto di interessi con la funzione pubblica che deve svolgere;

c)  di avere  di non avere

\_\_\_\_\_  
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE ENNA - VIALE DIAZ, 7/9 - 94100

parenti e affini entro il secondo grado <sup>(1)</sup>, coniuge o convivente che esercitano attività politiche, professionali o economiche che li pongono in contatti frequenti con l'ufficio o il reparto che dovrà dirigere o che siano coinvolti nelle decisioni o nelle attività inerenti l'ufficio o il reparto stesso.

(1)

PARENTELA		AFFINITA'	
Grado	Rapporto di parentela col dichiarante	Grado	
1	padre, madre, figlia, figlio.	1	suocera, suocero, figlia o figlio del coniuge.
2	nonna, nonno, nipote (figlio della figlia o del figlio), sorella, fratello.	2	nonna o nonno del coniuge, nipote (figlio del figlio del coniuge), cognata, cognato.
3	bisnonno o bisnonna pronipote (figlia o figlio del nipote) nipote (figlia o figlio del fratello o della sorella) zio e zia (fratello o sorella del padre o della madre)		
4	cugini		

Il sottoscritto dichiara inoltre ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo Privacy UE/2016/679 (GDPR), di aver preso visione dell'informativa-lavoratori sul sito web dell'Azienda Sanitaria di Enna, link: Dati personali e di essere stato informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e nel rispetto degli adempimenti del Codice aziendale di comportamento.

Il sottoscritto allega fotocopia di documento di identità in corso di validità.

Luogo e data MUSA 3-10-22

Firma \_\_\_\_\_

