



**Dichiarazione Sostitutiva Assenze Cause di Incompatibilita'**  
(resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a ORNELLA BLANCA  
nato/a a \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Dipendente dell'ASP di Enna in servizio presso l'Unità Operativa CGS  
titolare di incarico DIRIGENTE MEMCO

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

**DICHIARA**

a) di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità di cui al decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39 (Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190.)

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

**Art. 53 del D.L.gs. 30 marzo 2001 n. 165**, ai sensi del quale non possono:

a) dall'impiegato essere esercitati il commercio, l'industria, né alcuna professione o essere assunti impieghi alle dipendenze di privati o essere accettate cariche in società costituite a fine di lucro.

b) essere conferiti incarichi di direzione di strutture deputate alla gestione del personale a soggetti che rivestano o abbiano rivestito negli ultimi due anni cariche in partiti politici o in organizzazioni sindacali o che abbiano avuto negli ultimi due anni rapporti continuativi di collaborazione o di consulenza con le predette organizzazioni.

c) essere ricoperti incarichi occasionali o non occasionali, gratuiti o retribuiti presso altri Enti se non preventivamente autorizzati da questa ASP.

• Pertanto il sottoscritto dichiara di ricoprire presso altri Enti incarichi:

occasionali	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	retribuiti	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No
non occasionali	<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		

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 02/11/2023

Firma *Ornella Blance*