



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 Dr. ssa CLAUDIA EMANUELA MESSI
nato/a a _____
residente a _____
Codice Fiscale _____
Dipendente dell'ASP di Enna in servizio presso l'Unità Operativa PRONTO SOCCORSO
titolare di incarico RESPONSABILE U.O.S.

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 N. casto 08.11.2023

Firma *Claudia G. ...*