 Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico P. Giaccone

Sede legale: Via del Vespro n.129 - 90127 Palermo

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA’

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Il/la sottoscritto/a |  | | | | | |
| nato/a |  | | | il | |  |
| residente a |  | | in via/piazza | |  | |
| cod. fisc. |  | |  | | |  |
| in servizio presso |  | | | | | |
| con la posizione funzionale di | |  | | | | |

**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

* [a.1] 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*

* [a.2] 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:

*(specificare)*

|  |
| --- |
|  |
|  |

* [b.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*

* [b.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):

|  |  |
| --- | --- |
| tipologia di rapporto, soggetto, compenso, durata | in essere ? |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

* [c] 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 hanno ancora rapporti finanziari:

|  |  |
| --- | --- |
| nome e cognome parenti e/o affini | soggetti privati/pubblici |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

* [d.1] che i rapporti di cui al punto [b.2] – nel rispetto della normativa vigente– sono intercorsi/ intercorrono con soggetti privati/pubblici che non abbiano interessi in attività o decisioni inerenti all’ufficio, limitatamente alle pratiche affidate al sottoscritto

*ovvero*

* [d.2] che i predetti rapporti di cui al punto [b.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.
* [e] 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.
* [f.1] di non avere titolarità o compartecipazioni, né il sottoscritto né il coniuge in imprese che possano configurare conflitto di interessi con il Servizio Sanitario Nazionale.

*ovvero*

* [f.2] di avere il sottoscritto e/o il coniuge titolarità o compartecipazioni nelle seguenti imprese che possano configurare conflitto di interessi con il Servizio Sanitario Nazionale

*(specificare)*

|  |
| --- |
|  |
|  |

* [g.1] di non svolgere qualsiasi altra tipologia di attività – sia individuale che in forma societaria - incompatibile con il rapporto di lavoro presso l’AOUP di Palermo

*ovvero*

* [g.2] di svolgere le seguenti attività sia individuale che in forma societaria:

*(specificare)*

|  |
| --- |
|  |
|  |

* [h.1] di non avere rapporti di frequentazione abituale con soggetti esterni destinatari della propria attività lavorativa

*ovvero*

* [h.2] di avere rapporti di frequentazione abituale con soggetti esterni destinatari della propria attività lavorativa

*(specificare)*

|  |
| --- |
|  |
|  |

* [i] Il Sottoscritto, nell’ambito delle funzioni svolte per conto di questa azienda dichiara di non chiedere, per se o per altri, ne’ 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 se o per altri ne’ 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’AOUP di 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

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:

* [l.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.

*ovvero*

* [l.2] 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:

|  |  |
| --- | --- |
| nome e cognome parenti e/o affini | soggetti privati/pubblici |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

* [h.1] 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*

* [h.2] Di versare in situazione di incompatibilità o di conflitto di interesse in relazione alle funzioni svolte e all’incarico ricoperto con i seguenti soggetti:

*(specificare)*

|  |
| --- |
|  |
|  |

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'AOUP 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