



co Di Cristina Benibattelli

AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE
E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

Sig./Sig.ra..... SCRIVO BARBARA.....
Nato/a a..... STILO (Prov. RC) il 05/05/1988.....
incarico..... MEDICO LIBERO PROFESSIONALE.....

Io sottoscritto/a avvalendomi delle disposizioni in materia di autocertificazione di cui all'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché delle conseguenze di cui all'art. 75, co. 1, del medesimo D.P.R., sotto la mia personale responsabilità ai fini di quanto previsto dagli art. 5,6, 7 e 13 del D.P.R. n. 62/2013

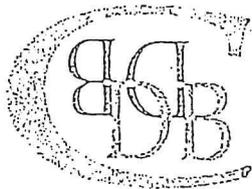
DICHIARO

- di non avere contenziosi civili ed amministrativi pendenti nei confronti dell'Azienda ARNAS Civico;
- di non trovarsi in stato di interdizione legale o di interdizione temporanea dagli uffici pubblici;
- di non aver riportato condanne per i reati di cui alle leggi antimafia;
- di non trovarsi in situazioni di potenziale conflitto di interessi con riferimento all'incarico ed in particolare di non prestare attività a favore di terzi che sia incompatibile con quella svolta dall'Azienda ARNAS Civico
- ovvero di rimuovere tali situazioni al momento dell'eventuale conferimento dell'incarico
- di non essere nella condizione di soggetto già lavoratore privato o pubblico collocato in quiescenza;

Palermo, li 04/04/2020.....

In fede

Barbara Scivo



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione

DICHIARAZIONE IN ORDINE ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITA' DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' PROFESSIONALI - CONSULENTE E COLLABORATORE

(Art. 15, comma 1, lett. c) del D.Lgs n. 33/2013)

Il/La sottoscritto/a SCRIVO BARBARA

Nato/a a STILO (Prov. RC) il 05/05/1988

C.F. SCRBBR88E45I356M in relazione a:

Incarico di Collaborazione Coordinata e Continuativa

Borsa di Studio

Incarico professionale in regime di Partita Iva;

Incarico di Collaborazione di tipo Occasionale;

conferito con deliberazione/nota n. _____ del _____;

avvalendosi delle disposizioni in materia di autocertificazione di cui all'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali che la legge prevede in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, così come disposto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA

SEZIONE I - INCARICHI E CARICHE

di NON svolgere incarichi e/o di NON avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

ovvero

di svolgere i seguenti incarichi e/o di avere le seguenti titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

Tipologia incarico / carica	Soggetto conferente	Periodo di riferimento

SEZIONE II - ATTIVITA' PROFESSIONALE

di NON svolgere alcuna attività professionale;
ovvero

di svolgere la/le seguente/i attività professionale/i:

Tipologia incarico / carica	Soggetto conferente	Periodo di riferimento
PRESTAZIONI SANITARIE OCCASIONALI	ISTITUTO CLINICO LOCOROTONDO	02-04-2020

Il/La sottoscritto/a si impegna altresì, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione che dovessero verificarsi successivamente all'assunzione dell'incarico in oggetto.

Trattamento dati personali

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere stato informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Amministrazione Trasparente

La presente dichiarazione verrà pubblicata nel sito web dell'Azienda, sezione Amministrazione Trasparente, ai sensi dell'art. 15 del D.Lgs n. 33/2013.

Palermo, 01/04/2020

Firma

