



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
E di Alta Specializzazione

AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE
E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

Sig./Sig.ra..... LEILA ZUMMO

Nato/a a PALERMO (Prov. PA) il 03/03/1984

incarico 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 dell'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 10/03/2017

In fede

Libero Prof.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(artt. 38 e 47 DPR 28dicembre 2000 n. 445)
(da presentare unitamente a fotocopia del documento di riconoscimento)

LA sottoscritto/a LEILA ZUNNO nato/a
a PALERMO (Prov. PA) il 08/03/1984

residente a PALERMO (Prov. PA)
CAP 90129 Via PIETRO FIONIA n. 2

con incarico libero professionale di NEUROLOGO presso l'ARNAS - Civico,
Di Cristina, Benfratelli di Palermo,

Consapevole che nell'ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci si applicano le sanzioni previste dall'art.76 del D.P.R. 28/12/2000n. 445, sotto la propria responsabilità

Dichiara

di non essere dipendente a tempo determinato o indeterminato di Enti della Pubblica Amministrazione;

- di prestare / non prestare anche attività
specificare tipologia

presso l'Azienda/Enti/Istituti/Case di Cura etc... ..

.....
Specificare la denominazione del Datore di lavoro e la sede

con impegno orario mensile di

Data 10/03/2017


Firma per esteso

...LA sottoscritt. A. dichiara di essere a conoscenza dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000, relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti ai provvedimenti emanati qualora l'ARNAS di Palermo, a seguito di controllo, verifichi la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione.

Data 10/03/2017


(firma del dichiarante)

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28/12/2000 , la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196:
i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

L. B. Mof.