



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

PROT. 20170128589  
DEL 01.12.2017

**Inconferibilità e Incompatibilità, ai sensi del D. Lgs. n. 39/2013**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

(sostitutiva di certificazioni e atti di notorietà, ex artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n°445)

All'Azienda Sanitaria locale di Potenza-ASP  
Via Torraca, 2  
85100 Potenza

Il/La sottoscritto/a CIRIELLO GRAZIA MARIANTONETTA

nato/a a GINESTRA il 4-6-56,

nella sua qualità di Direttore/Responsabile della UO/Ufficio/Servizio:

U.O.C. DISTRETTO DELLA SALUTE DI MELFI

sede di MELFI;

consapevole delle responsabilità civili, amministrative e penali, relative a dichiarazioni false o mendaci, ai sensi dell'art. 76 DPR n. 445/2000,

**dichiara**

di non incorrere in alcuna delle cause di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, previsti dal D.Lgs. n. 39/2013.

\_\_\_\_\_li\_\_\_\_\_

In fede

Grazia CirIELlo

**DPR n. 445/2000:**

Ai sensi dell'art. 76 DPR n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, le falsità negli atti e l'uso di atti falsi, sono puniti ai sensi del Codice Penale e della vigente normativa in materia.

Ai sensi dell'art. 75 DPR n. 445/2000, qualora a seguito di controllo emerge la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente prodotti dal provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003:**

Titolare del trattamento è l'Azienda Sanitaria Locale di Potenza.

Responsabile del Trattamento è il Direttore dell'UOC Internal Audit e Attività Ispettive, Dr.ssa Beatrice Nolè, in qualità di Responsabile per la prevenzione della corruzione.

I dati forniti saranno trattati secondo le vigenti disposizioni di legge, per le sole finalità del procedimento per il quale sono richiesti ed utilizzati esclusivamente per tale scopo. Il rifiuto a fornire i dati personali richiesti comporterebbe l'impossibilità di procedere alla nomina ed alla sottoscrizione del relativo contratto.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

**Distretto della Salute di Melfi**  
tel. 0972 – 773953 fax 0972-719964  
E-mail : [grazia.ciriello@aspbasilicata.it](mailto:grazia.ciriello@aspbasilicata.it)

Prot. 20170128589

Del 1/12/2017

Alla Responsabile della Prevenzione della Corruzione

Dr.ssa Beatrice Nolè

Ad integrazione della propria dichiarazione relativa all'assenza di inconferibilità e di incompatibilità la sottoscritta Ciriello Grazia Mariantonietta nata il 4/6/1956 dichiara di:

- non ricoprire altro incarico al di fuori di quello conferito dal Direttore Generale con delibera n. 318 del 25/05/2017, di Direttore della Struttura Complessa "*Distretto della Salute Melfi*" in esito alla procedura di selezione dell'avviso pubblico, per titoli e colloquio, per il conferimento dell'incarico quinquennale di Direttore della Struttura Complessa "*Distretto della Salute Melfi*" – disciplina di Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base, afferente al Dipartimento del Territorio, indetto con D.D.G .n. 2016/00652 del 11/10/2016, di cui ai verbali n. 1 del 04/05/2017 e n. 2 del 05/05/2017 della Commissione di Valutazione,
- non aver riportato condanne per reati commessi contro la P.A.

In fede

Grazia Ciriello  
