

L 15/6/2017

AZIENDA SANITARIA LOCALE
DI POTENZA - ASP
18/06/2017



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

0020871

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 VINCENTO LA REGINA

nato/a a ROTUNDA il 3-10-1957

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

RESPONSABILE V.O. "CURE RESIDENZIALI, SERTRESIDENZIALI e AIDS"

sede di NAURIA;

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.

NAURIA li 10-2017

In fede
Vincento La Regina

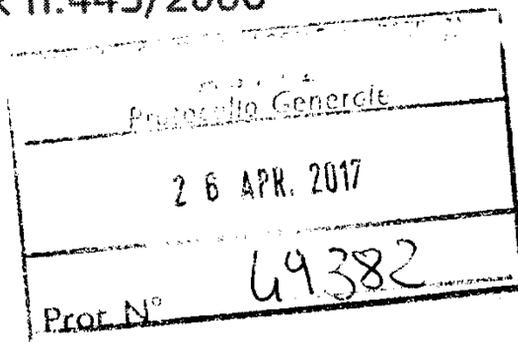
DPR n. 445/2000:
Ai sensi dell'art. 76 DPR n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, le falsità negli atti e l'uso di atti falsi, sono puniti ai sensi del Codice Penale e della vigente normativa in materia
Ai sensi dell'art. 75 DPR n. 445/2000, qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del 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.

L 15/6/2017

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
DI CERTIFICAZIONE**
(art.46 DPR 28 dicembre 2000, n.445)*

Il sottoscritto CA REGINA VINCENZO nato a ROTONDA
il 03-10-1957 residente a ROTONDA Via PETRO NENNI
n. 65, consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione
mendace, così come stabilito dall'art.46 del DPR n.445/2000

DICHIARA



(segnare le ipotesi che interessano)

Di essere nato a _____ il _____

Di essere residente in _____ Via _____

Di essere cittadino italiano (oppure) _____

Di NON RIPRIPIRE NESSUNA AZIONE INCAPACE.

Potenza ROTONDA 1124-04-2017

[Firma]
(firma del dichiarante per esteso)*

Informativa ai sensi dell'art.10 della L.675/96: i suoi dati personali sono trattati ai fini del procedimento per il quale vengono utilizzati esclusivamente per tale scopo

- Allegare copia carta di Identità.
- **La firma non va autenticata

L 15/6/2017

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
DI CERTIFICAZIONE**

(art.46 DPR 28 dicembre 2000, n.445)*

Il sottoscritto LA REGINA VINCENZO nato a ROTONDA

il 03-10-1957 residente a ROTONDA Via PIETRO NENNI

n. 65, consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione

mendace, così come stabilito dall'art.46 del DPR n.445/2000

DICHIARA

Protocollo Generale
26 APR. 2017
Prot. N° 49382

(segnare le ipotesi che interessano)

Di essere nato a _____ il _____

Di essere residente in _____ Via _____

Di essere cittadino italiano (oppure) _____

DI NON AVER STATO CONDANNATO PER REATI

CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE.

ROTONDA
Potenza ROTONDA il 24-04-2017

[Firma]
(firma del dichiarante per esteso)*

Informativa ai sensi dell'art.10 della L.675/96: i suoi dati personali sono trattati ai fini del procedimento per il quale vengono utilizzati esclusivamente per tale scopo
- Allegare copia carta di identità.
- **La firma non va autenticata



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

L 15/6/2017

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

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA - ASP Prof. - P.O. CHIAROMONTE
13 FEB. 2017
N° 18538

Regolamenti 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 GIACOMO LAMBOGLIA

nato/a a LAVRIA il 1-1-1965,

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

UOSD LUNGODEGENZA RIABILITATIVA

sede di OSPEDALE DI CHIAROMONTE;

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.

CHIAROMONTE il 13/2/2017

In fede
Giacomo Lamboglia

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 emerga 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

L 15/6/2017



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di
Potenza

U.O.S.D. Lungodegenza Riabilitativa
P.O. di Chiaromonte
Resp.: Dr Giacomo Lamboglia

AZIENDA SANITARIA LOCALE
DI POTENZA - ASP
Profilo di Prevenzione della Corruzione
26 APR. 2017
N° 48577

Al Responsabile della Prevenzione della Corruzione
Dott.ssa Beatrice Nolè
Potenza

Il sottoscritto Giacomo Lamboglia , nato a Lauria il 1 gennaio 1965 ed ivi residente in via Provinciale della Melara 9 , Dirigente Medico Azienda Sanitaria di Potenza , in servizio dal 31 dicembre 1998 matricola 30131408 , Responsabile UOSD Lungodegenza Riabilitativa PO di Chiaromonte ,

dichiara

- _ di non ricoprire nessun altro incarico oltre quello aziendale (Azienda Sanitaria di Potenza)
- _ di non aver subito condanne per reati contro la pubblica amministrazione

Chiaromonte, 26 aprile 2017

Giacomo Lamboglia

Azienda Sanitaria Locale di Potenza
P.O. di Chiaromonte
U.O.S.D. LUNGODEGENZA RIABILITATIVA
Responsabile Dr. Giacomo Lamboglia