

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 il 10-2017

In fede  
Vincento La Regina

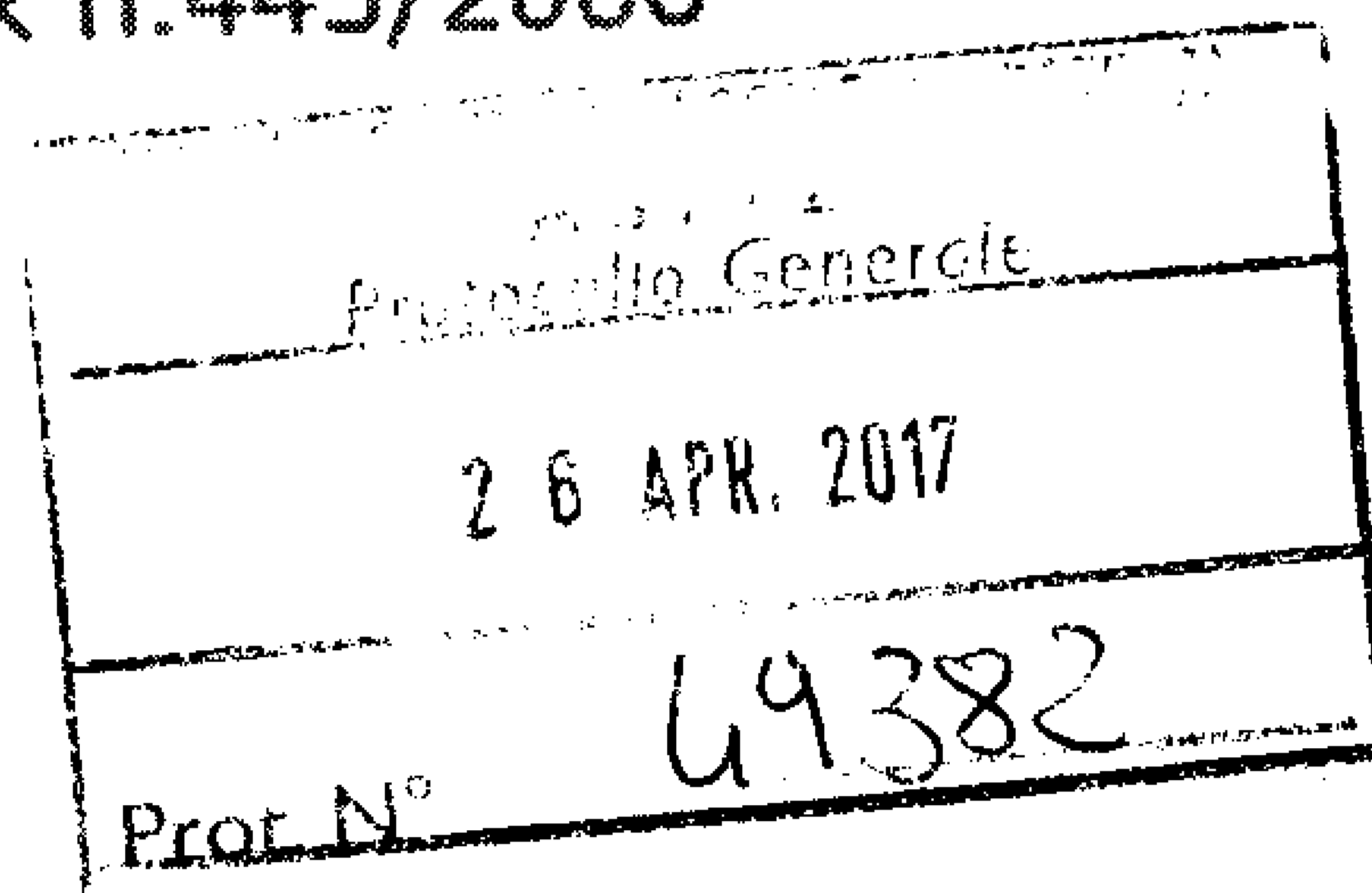
**DPR n. 445/2000:**  
Ai sensi dell'art. 76 DPR n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, le falsità negli atti e l'uso di atti falsi, sono puniti ai sensi del Codice Penale e della vigente normativa in materia.  
Ai sensi dell'art. 75 DPR n. 445/2000, qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità 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 REGIONALE DI POTENZA - ASP Prof. - P.O. CHIAROMONTE 13 FEB. 2017 N° 18538
---

azioni 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 LAURIA 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. Chiaromonte  
U.O.S.D. LUNGODEGENZA RIABILITATIVA  
Responsabile Dr. Giacomo Lamboglia