



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

T 15/16/2017

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

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

| |
|--|
| AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA - ASP Prot. - P.O. CHIAROMONTE 10 FEB. 2017 N° 18140 |
|--|

in conformità con i 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 TRABACE ROSA

nato/a a ALTAVURA (BA) il 08.07.1963,

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

C - DCIA

sede di CHIA ROMONTE;

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 10.02.2017

In fede
[Signature]

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

T 15/6/2017

**CENTRO DI RIFERIMENTO REGIONALE
PER LA CURA DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE E DEL PESO
"Giovanni Gioia"**

C/da S. Lucia, Chiaromonte -Pz-
0973641214 – N.V. 800161315
Responsabile: Dott.ssa Trabace Rosa

21/04/2017
48455

Al Responsabile Prevenzione della Corruzione
DOTT.SSA BEATRICE NOLÈ

Oggetto: Dichiarazione incarichi ricoperti ed eventuali condanne per reati commessi contro la pubblica amministrazione.

La sottoscritta Trabace Rosa, nata ad Altamura, (BA) il 08.07.1963, ad integrazione della dichiarazione sostitutiva di certificazione relativa alla Inconferibilità e Incompatibilità, ai sensi del D. Lgs. n° 39/2013, trasmessa in data 10/02/2017, prot. n° 18140,

DICHIARA

- Di non avere incarichi presso altre pubbliche amministrazioni e/o enti privati di controllo pubblico;
- Di non avere mai riportato alcuna condanna penale per reati commessi contro la pubblica amministrazione.

Chiaromonte. Li 21.04.2017

In Fede
Rosa Trabace
