



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

Direzione Generale

Via. Torraca, 2

Tel. 0971-310501

Fax. 0971-310587

E-mail. direzione.generale@aspbasilicata.it

Prot. 20170045491

Del. 12 APR. 2017

Potenza, 12.04.2017

La presente viene trasmessa tramite email

Al Responsabile della
Prevenzione della Corruzione ASP

Al Responsabile della Trasparenza ASP
LORO SEDI

OGGETTO = obblighi di pubblicazione anno 2017 alla luce delle Linee guida sull'applicazione dell'art. 14 del d.lgs. 33/2013 approvate dal Consiglio dell'ANAC nella seduta dell'8 marzo 2017.

Il sottoscritto, Direttore Generale dell'ASP di Potenza, chiede la pubblicazione dei seguenti documenti allegati alla presente:

- 1) Dichiarazione sostitutiva di autocertificazione di Bochicchio Giovanni Battista relativa all'anno 2017;
- 2) Copia di estratto del modello 730/2016 del contribuente Bochicchio Giovanni Battista;
- 3) Copia di estratto del modello 730/2016 del contribuente Digrisolo Maria Lucia, coniuge, che ha dato il proprio consenso alla pubblicazione;
- 4) Modello di dichiarazione della situazione patrimoniale di Bochicchio Giovanni Battista;
- 5) Modello di dichiarazione di situazione patrimoniale di Digrisolo Maria Lucia, coniuge, che ha dato il proprio consenso alla pubblicazione;
- 6) Dichiarazione dell'assenza di variazioni alla situazione patrimoniale resa da Di Grisolo Maria Lucia, coniuge, che ha dato il proprio consenso alla pubblicazione.

Il sottoscritto dichiara altresì di non aver ricevuto il consenso alla pubblicazione delle attestazioni e delle dichiarazioni di cui all'art. 14, co 1, lett. f) del D.Lgs. n. 33/2013 da aperte dei parenti entro il secondo grado (figlio, madre, n.2 fratelli e n.2 sorelle).

Cordiali saluti.

Giovanni Battista Bochicchio



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

Direzione Generale
Via. Torraca, 2
Tel. 0971-310501
Fax. 0971-310587
E-mail. direzione.generale@aspbasilicata.it

Potenza, 18.04.2017

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI AUTOCERTIFICAZIONE

Il sottoscritto Giovanni Battista Bochicchio, nato a Filiano (Pz) il 25/9/1957 ed residente In Venosa - Largo Scotellaro 42, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000 N. 445, sulla responsabilità penale in caso di dichiarazioni mendaci, formazione ed uso di atti falsi

DICHIARA

- 1) Di non incorrere in alcuna delle condizioni che danno luogo alle cause di inconferibilità e di incompatibilità alla carica di Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza - ASP.
- 2) Di percepire un compenso annuo onnicomprensivo di € 140.083,42 a lordo di oneri e ritenute di legge per le funzioni di Direttore Generale dell'ASP, comprensiva dell'integrazione prevista dall'art. 5 bis del DPCM n. 502/95.
- 3) Di non aver percepito importi a titolo di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici;
- 4) Di non rivestire altre cariche presso enti pubblici o privati e, pertanto, di non aver percepito alcun compenso a tale titolo da altri enti pubblici o privati;
- 5) Di impegnarsi a comunicare l'eventuale riconoscimento di importi a qualsiasi titolo corrisposti al sottoscritto in corso di anno.

Giovanni Battista Bochicchio