



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

F 26/6/26

**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)

073245

10 GIU. 2016

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

Il/La sottoscritto/a GIUSEPPE FALONE

nato/a a PADULA (SA) il 8.5.1958,

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

U.O.C. MIRURBA GENERALE

sede di LABONERO;

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.

Lafone il 9.06.16

In fede  
Giuseppe Falone

**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.

F 26/6/2016

AZIENDA SANITARIA LOCALE  
DI POTENZA - ASP  
Prov. - P.O. VILLA D'AGRI  
16 GIU. 2016  
N° 13241



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

**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 Dr FANCIAIO PI' EDUARDO

nato/a TRAMUTOLA (PZ) il 30.9.63,

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

CARDIOLOGIA - UPRC

sede di VILLA D'AGRI;

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.

VILLA D'AGRI, li 15.6.16

In fede  
Roberto Fanciullo

**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.

F 26/6/2016



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA  
ASP/1  
Protocollo Generale  
16 GIU. 2016  
DATA DI ARRIVO

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

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA  
ASP/1 (sostitutiva di certificazioni e atti di notorietà, ex artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n°445)  
Protocollo Generale  
16 GIU. 2016  
N° 206075211

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

Il/La sottoscritto/a FESTINO DONATO  
nato/a a TRANI il 27.01.1955

nella sua qualità di Direttore/Responsabile della UO/Ufficio/Servizio:  
V. O. S. D. SPAZIO PSICHIATRICO NELFI  
sede di NELFI;

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.

NELFI il 15/06/2016

In fede

**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.

F26/6/2016



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

**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)

075286

10 GIU. 2016

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

Il/La sottoscritto/a ANTONIA NATALINA FILARDI

nato/a a LAURIA il 25-12-1965,

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

UOSD PSICOLOGIA CLINICA

sede di LAGO DEARO;

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.

[Signature] il 14/06/16

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 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.

F 26/6/2016



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

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

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

AZIENDA SANITARIA LOCALE  
DI POTENZA - ASP  
Prot. - USIR LAURIA  
13 GIU. 2016  
N° 0073496

(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 DOTT. CARMINE FINIZIO

nato/a a BATTIPAGUA il 06.10.1958,

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

U.O.S.D. RIABILITAZIONE DISTRETTUALE LAURIA

sede di LAURIA;

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.

LAURIA il 10.06.2016

In fede

**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.



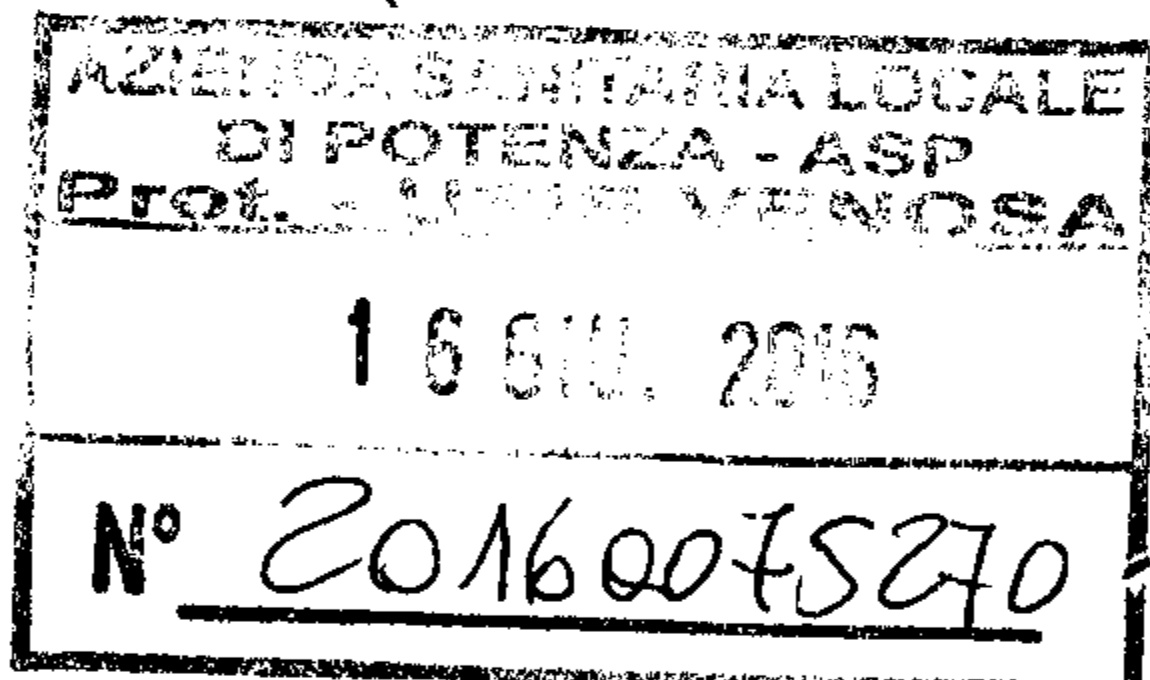
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di  
Potenza

F 26/6/2016

## 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, n. 2  
85100 Potenza

La sottoscritta Maria FRANGIONE, nata a Forenza(PZ), il 9.4.1954, nella sua qualità di Direttore del Distretto della Salute di Venosa, sede di Venosa, consapevole delle responsabilità civili, amministrative e penali, relative a dichiarazioni false e mendaci, ai sensi dell'art.76 del 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.

Venosa, 9.6.2016

In fede

Maria Frangione

#### **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, dott.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

F 26/6/2016

Distretto della Salute di Venosa  
Via Appia- 85029 VENOSA  
Direttore dott.ssa Maria FRANGIONE  
Email: maria.frangione@aspbasilicata.it

Prot. n. 20160075270

del 16-06-2016

**Alla dr.ssa Beatrice NOLE'**  
**Responsabile della Prevenzione della Corruzione**  
**Potenza**

Oggetto: Trasmissione modello dichiarazione sostitutiva per inconferibilità ed incompatibilità incarichi dirigenziali – D. Lgs. n. 39/2013, punto 5 del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2015/2017.  
Risposta a Vs. nota del 7.6.2016.

In allegato, si trasmette, la dichiarazione sostitutiva per inconferibilità ed incompatibilità degli incarichi dirigenziali – D. Lgs. n. 39/2013, punto 5 del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2015/2017, del **Direttore di U.O.C. Distretto della Salute di Venosa, dott.ssa Maria FRANGIONE.**

Cordiali Saluti.

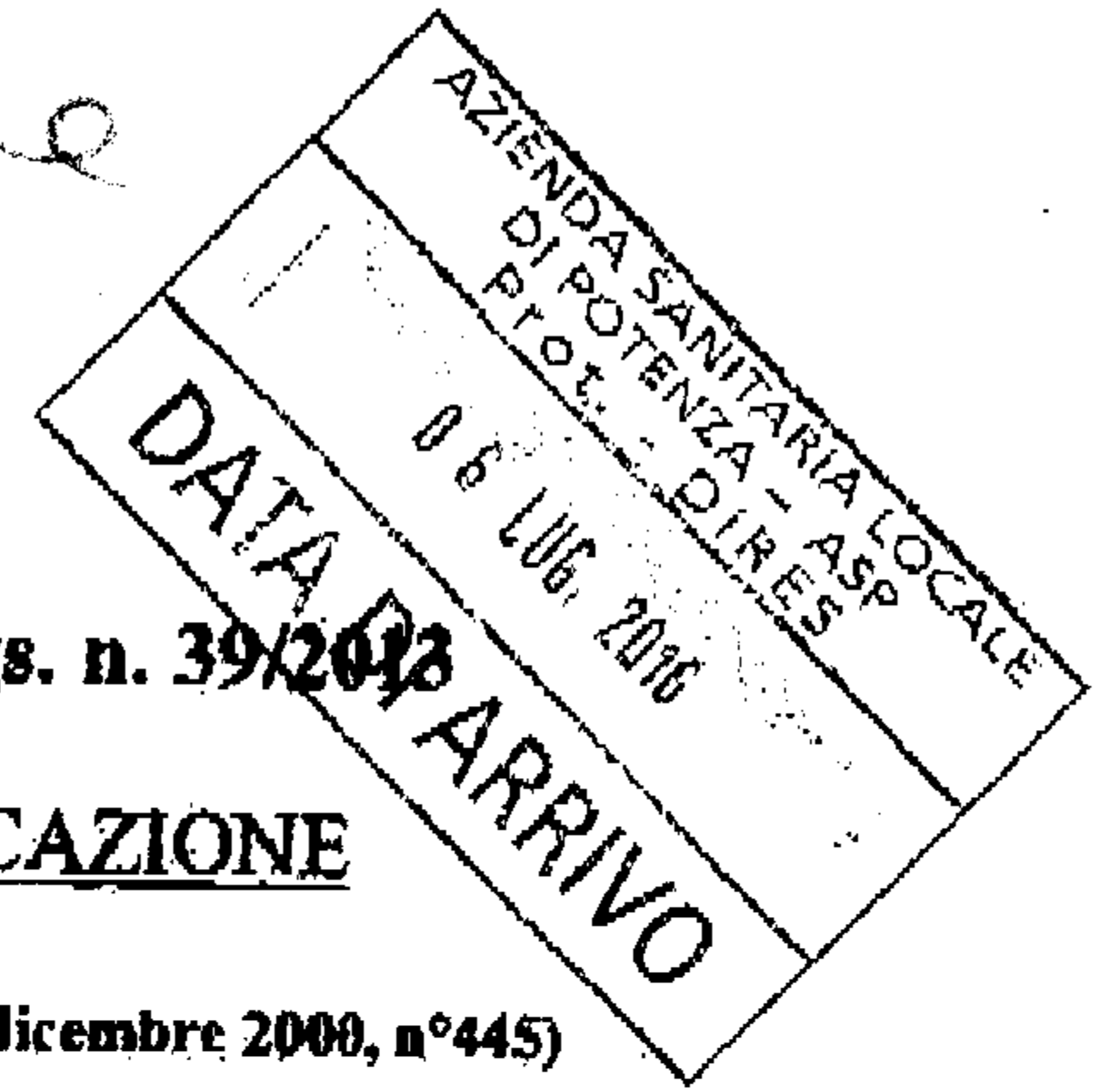
**Il Direttore Distretto della Salute di Venosa**  
**Dr.ssa Maria Domenica FRANGIONE**  
**D'Ordine**  
**Rag. Giuseppina AMARENA**



Assegnate Resp. Anticoncorrenza



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza



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 DR. STANVANO FRATELLA

nato/a a MARCONOVO (PC) il 25-6-1959,

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

DIR. UNITA' DIPARTIMENTALE PROC. OPER.

sede di DIRES - POTENZA;

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.

Potenza il 15-06-2015

In fede

**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;

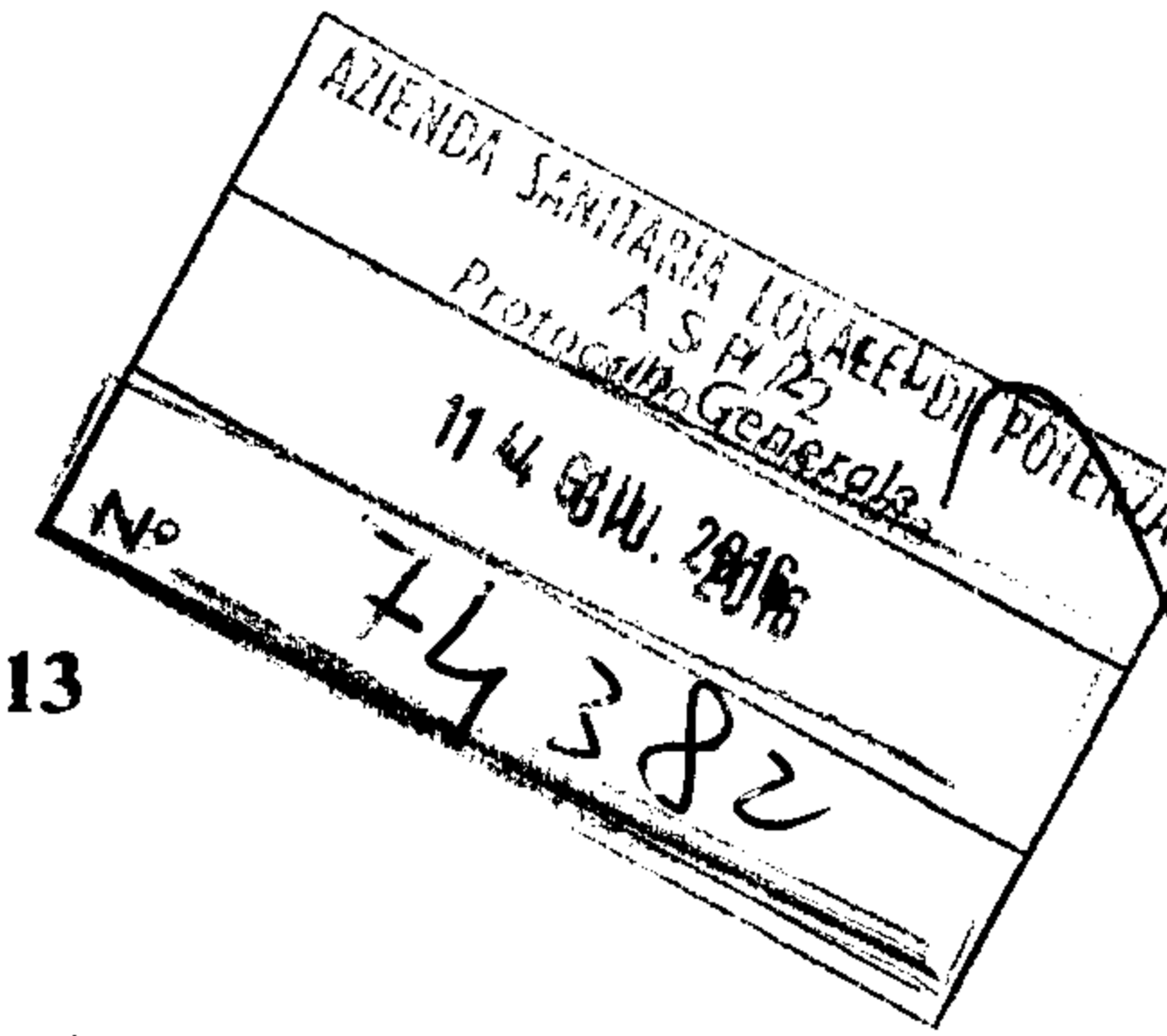
Responsabile del Trattamento è il Direttore dell'UOC Internal Audit e Attività Ispettive, Dr.ssa Beatrice Nolè, in qualità di Responsabile per la prevenzione della corruzione.

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.





SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza



**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 DR. VINCENZO TRUSCI  
nato/a a MELFI il 10.08.57,

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

U.O. MEDICINA e CHIRURGIA D'ACCESSIONE e D'URGENZA

sede di PSA - 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.

MELFI il 09.06.16

In fede

**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



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

**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

Fundone Pietro Domenico Lucio

nato/a a

Melfi

il

18-1-59

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

SERT Melfi

sede di \_\_\_\_\_;

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.

Melfi il 27-6-16

Regione Basilicata  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza - ASP  
Dipartimento Salute Mentale e Ser.D.  
Il Direttore  
Dot. Pietro FUNDONE

**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.