



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

27 MAR 2017

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 ORLACCIO ANTONIETTA

nato/a a NAPOLI il 6-7-1960,

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

U.O.S. D. FORMAZIONE

sede di 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 9.02.2017

In fede

Antonietta Orlandino

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

27 MAR. 2017

U.O.S.D. Formazione

Prot. n° 18267 / 10.2.2017

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

Oggetto: modello dichiarazione sostitutiva per Inconferibilità e Incompatibilità degli incarichi dirigenziali- D. Lgs. n. 39/2013, punto B pag. 42 del Piano Triennale di Prevenzione della corruzione 2016-2018/aggiornamento 2017.

Con riferimento alla sua nota prot. 16096 del 07.02.2017, la scrivente comunica che non ricopre alcun incarico né ha subito condanne per reati contro la pubblica amministrazione.
Si trasmette in allegato il modello compilato citato in oggetto.

Distinti saluti.

Dott.ssa Antonietta Orlacchio