Servizio Sanitario Nazionale

Regione Siciliana

Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

P.IVA e C.F. 02570930848

ASP AG PROT.I.0174859.15-10-2026.h.14:13

ALLEGATO 1 - MODELLO AUTOCERTIFICAZIONE DA PUBBLICARE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
Ex artt.46 e 47 DPR 445/2000 - artt.20 D.Lgs 39/2013 e art.20 D.Lgs 33/2013

La sottoscritta Dott.ssa Rosselli Giuseppina , nata a [redacted] in qualità di Dirigente Farmacista, consapevole delle sanzioni penali ex art. 76 DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della nullità dell'incarico ex art.17 D.Lgs 39/2013,

DICHIARA

1. l'insussistenza di cause di inconferibilità di cui agli artt.3,4,7 D.Lgs 39/2013;
2. l'insussistenza di cause di incompatibilità di cui agli artt.9,11,12 D.Lgs 39/2013 e di impegnarsi a rimuoverle entro 15 giorni se sopravvenute;
3. l'insussistenza di situazioni di conflitto di interessi anche potenziale ex art.6-bis L.241/90 e Codice Comportamento;
4. di non trovarsi nella condizione di pantouflage di cui all'art.53 co.16-ter D.Lgs 165/2001 e di esserne a conoscenza;
5. di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione.

Autorizza pubblicazione in Amministrazione Trasparente ai sensi D.Lgs 33/2013 e trattamento dati ex GDPR.

Firmato digitalmente da: Giuseppina