



**DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA/SUSSISTENZA  
DI CAUSE INCOMPATIBILITA'**

(dichiarazione sostitutiva resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n°445)

Il/sottoscritto Giovanni Ambrifi..... nato a .....CASERTA..... il 29/11/1959.....  
residente a CASERTA ..... via ...CATAULI 57.....  
nella Sua qualità di ...SPECIALISTA AMBULATORIALE..... della Azienda ASL di Caserta  
**ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, sotto propria personale  
responsabilità**

**DICHIARA**

che per l'incarico di ...SPECIALISTA AMBULATORIALE ..... conferito il  
..... con scadenza il .....

~~\*~~ non sussiste alcuna delle cause di incompatibilità in conformità alla normativa vigente alla data  
del conferimento del suddetto incarico ai sensi dall'art. 29-ter (Disposizioni transitorie in materia di  
incompatibilità di cui al decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39) del D.L. n. 69 del 21 giugno 2013  
convertito nella Legge 9 agosto 2013 n. 98;

oppure

sono sopravvenute a far data dal ..... le cause di incompatibilità di seguito indicate:  
.....

Si impegna altresì a comunicare tempestivamente all'Amministrazione eventuali cause di incompatibilità che  
dovessero verificarsi prima della scadenza dell'incarico nonché a rendere analoga dichiarazione con cadenza  
annuale ai sensi dell'art. 20 del D. Lgs. 39/2013.

Allega copia del documento di riconoscimento, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445/00 e dichiara di essere a  
conoscenza delle norme penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/00 e s.m.i. applicabili in caso di  
dichiarazioni mendaci o contenenti dati non più rispondenti a verità e della decadenza dei benefici  
eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art.75  
del richiamato D.P.R. n. 445/00, nonché dei controlli che questa Amministrazione è tenuta ad effettuare in  
relazione alla veridicità delle dichiarazioni presentate, secondo le modalità indicate dall'art. 71 del medesimo  
D.P.R. 445/00.

Li, 28/06/14.....

Firma .....

Dichiara, infine, di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 D.Lgs. 30/06/2003 n. 196, che i  
dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del  
procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Li, 15/06/14.....

Firma .....

**DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA/SUSSISTENZA  
DI CONFLITTO D' INTERESSE**

(dichiarazione sostitutiva resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n°445)

Il/la sottoscritto/a GIOVANNI AMBRIFI nato/a a  
CASERTA il 29-11-53 residente a CASERTA via  
CATAVULI 57  
Dipendente dell'Azienda ASL Caserta in qualità di SPECIALISTA AMBULATORIALE in  
servizio presso la U.O.C./U.O.S./ U.F./ Sezione ALVIGNANO

avvalendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e. 47 del D.P.R. n. 445/2000, sotto propria personale responsabilità

**DICHIARA**

ai sensi e per gli effetti degli artt. 6 e 7 del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 nonché del Codice di comportamento dei dipendenti della ASL Caserta di cui alla Deliberazione n. 475 del 20.12.2013

di non aver avuto negli ultimi 3 anni rapporti diretti o indiretti di collaborazione in qualunque modo retribuiti, con soggetti privati

di aver avuto negli ultimi 3 anni rapporti diretti o indiretti di collaborazione in qualunque modo retribuiti, con i seguenti soggetti privati

.....  
.....  
.....;

che non sussistono tuttora rapporti finanziari tra il sottoscritto ed i soggetti con i quali ha avuto i predetti rapporti di collaborazione;

che sussistono tuttora rapporti finanziari tra il sottoscritto ed i soggetti con i quali ha avuto i predetti rapporti di collaborazione, che si elencano di seguito:

.....  
.....;

che non sussistono tuttora rapporti finanziari tra i parenti o affini entro il secondo grado, il coniuge o il convivente del sottoscritto ed il soggetto con il quale ha avuto i predetti rapporti di collaborazione;

che sussistono tuttora rapporti finanziari tra i parenti o affini entro il secondo grado, il coniuge o il convivente del sottoscritto ed i soggetti seguenti con i quali ha avuto i predetti rapporti di collaborazione:

.....  
.....;

che i soggetti privati di cui sopra non hanno interessi in attività o decisioni inerenti all'ufficio, limitatamente alle pratiche affidate al sottoscritto;

che i soggetti privati di cui sopra hanno interessi in attività o decisioni inerenti all'ufficio, limitatamente alle pratiche affidate al sottoscritto e, più precisamente i soggetti di seguito indicati

.....;

Dichiara altresì che:

**non sussistono** situazioni di conflitto, anche potenziale, di interesse con le attività e/o mansioni e/o responsabilità attribuite al sottoscritto;

**sussistono** situazioni di conflitto, anche potenziale, di interesse con le attività e/o mansioni e/o responsabilità attribuite al sottoscritto di seguito indicate:

.....  
.....  
.....  
.....

Dichiara di impegnarsi a segnalare tempestivamente al Responsabile della struttura di assegnazione eventuali situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi che dovessero verificarsi.

A tal fine dichiara di aver preso visione del Codice di comportamento dei dipendenti dell'Azienda Caserta ed, in particolare, degli artt. 6 e 7 di seguito riportati:

*"Art. 6 - Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti d'interesse*

*1. Fermi restando gli obblighi di trasparenza previsti da leggi o regolamenti, il dipendente, all'atto dell'assegnazione all'ufficio, informa per iscritto il dirigente dell'ufficio di tutti i rapporti, diretti o indiretti, di collaborazione con soggetti privati in qualunque modo retribuiti che lo stesso abbia o abbia avuto negli ultimi tre anni, precisando: a) se in prima persona, o suoi parenti o affini entro il secondo grado, il coniuge o il convivente abbiano ancora rapporti finanziari con il soggetto con cui ha avuto i predetti rapporti di collaborazione; b) se tali rapporti siano intercorsi o intercorrano con soggetti che abbiano interessi in attività o decisioni inerenti all'ufficio, limitatamente alle pratiche a lui affidate.*

*2. Il dipendente si astiene dal prendere decisioni o svolgere attività inerenti alle sue mansioni in situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi con interessi personali, del coniuge di conviventi, di parenti, di affini entro il secondo grado. Il conflitto può riguardare interessi di qualsiasi natura, anche non patrimoniali, come quelli derivanti dall'intento di voler assecondare pressioni politiche, sindacali o dei superiori gerarchici."*

*"Art. 7 - Obbligo di astensione*

*1. Il dipendente si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi propri, ovvero di suoi parenti, affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi, oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero, di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui sia amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza. Sull'astensione decide il responsabile dell'ufficio di appartenenza."*

Allega copia del documento di riconoscimento, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445/00 e dichiara di essere a conoscenza delle norme penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/00 e s.m.i. applicabili in caso di dichiarazioni mendaci o contenenti dati non più rispondenti a verità e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art.75 del richiamato D.P.R. n. 445/00, nonché dei controlli che questa Amministrazione è tenuta ad effettuare in relazione alla veridicità delle dichiarazioni presentate, secondo le modalità indicate dall'art. 71 del medesimo D.P.R. 445/00.

Li, 15/06/14

Firma .....

Dichiara, infine, di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 D.Lgs. 30/06/2003 n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Li, 15/06/14 Firma .....

**DICHIARAZIONE DI INSUSSISTENZA/SUSSISTENZA**  
**DI CAUSE DI INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA'**  
**AI SENSI DEL D.LGS. N. 39/2013**

(dichiarazione sostitutiva resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n°445)

Il/La sottoscritto/a GIOVANNI AMBROFI nato/a a  
CASERTA il 28-11-58 residente a CASERTA via  
CATOLI  
nella Sua qualità di SPECIALISTA AMBULATORIALE della Azienda ASL di Caserta

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n°44, sotto propria personale responsabilità, consapevole delle sanzioni civili, amministrative, penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 DPR 28 dicembre 2000, n. 445, e consapevole, inoltre, che ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs. n. 39/2013, ferma restando ogni altra responsabilità, la dichiarazione mendace, accertata dalla stessa amministrazione, nel rispetto del diritto di difesa e del contraddittorio dell'interessato, comporta la inconferibilità di qualsivoglia incarico di cui al decreto in oggetto per un periodo di 5 anni

**DICHIARA**

che **non sussistono** cause di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, previste dal D.Lgs. n. 39/2013;

che **sussistono** una o più cause di inconferibilità, previste dal D.Lgs. n. 39/2013, di seguito indicate:

- essere** stato condannato/a, anche con sentenza non passata in giudicato, per reati di cui al capo I titolo II libro II codice penale (o sentenza di applicazione della pena ai sensi dell'art. 444 c.p.p);
- aver svolto o aver ricoperto** incarichi o cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dal Servizio Sanitario Regionale della Campania, *nei 2 anni precedenti al conferimento dell'incarico*;
- di **essere stato candidato** in elezioni europee, nazionali, regionali e locali in collegi elettorali che comprendano il territorio della Azienda ASL di Caserta, *nei 5 anni precedenti al conferimento dell'incarico*;
- aver esercitato** la funzione di Presidente del Consiglio dei Ministri, ministro, viceministro o sottosegretario nel Ministero della salute o in altra amministrazione dello stato o di amministratore di ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico nazionale che svolga funzioni di

controllo, vigilanza o finanziamento del sistema sanitario nazionale, *nei 2 anni precedenti al conferimento dell'incarico*;

**aver esercitato** la funzione di parlamentare, *nell'anno precedente al conferimento dell'incarico*;

**aver ricoperto** la carica di componente della Giunta o del Consiglio della Regione Campania, di amministratore di ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico regionale che svolga funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del SSR, *nei 3 anni precedenti al conferimento dell'incarico*;

**aver fatto parte** della giunta o del consiglio della Provincia, di un comune con popolazione superiore ai 15.000 o di una forma associativa tra comuni avente la medesima popolazione, il cui territorio è compreso nel territorio della ASL di Caserta, *nei 2 anni precedenti al conferimento dell'incarico*;

altre cause di inconferibilità di seguito indicate.....;

che **sussistono** una o più cause di incompatibilità, previste dal D.Lgs. n. 39/2013, di seguito indicate:

**ricoprire** incarichi o cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dal Servizio Sanitario della Regione Campania ovvero che dette cariche o incarichi siano assunti o mantenuti dal coniuge o dal parente o affine entro il secondo grado;

**svolgere** in proprio attività professionali regolate, finanziate o comunque retribuite dal Servizio Sanitario della Regione Campania ovvero che dette attività siano assunte o mantenute dal coniuge o dal parente o affine entro il secondo grado;

**esercitare** la funzione di Presidente del Consiglio dei Ministri, ministro, viceministro o sottosegretario nel Ministero della salute o in altra amministrazione dello stato o di amministratore di ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico nazionale siano assunti o mantenuti dal coniuge o dal parente o affine entro il secondo grado che svolga funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del sistema sanitario nazionale o di parlamentare;

**ricoprire** la carica di componente della Giunta o del Consiglio della Regione Campania, di amministratore di ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico regionale che svolga funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del SSR;

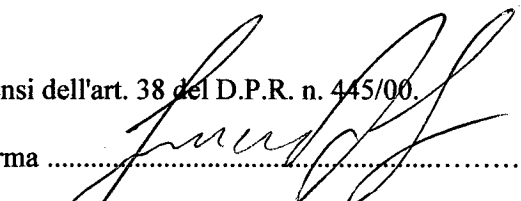
**ricoprire** la carica della giunta o del consiglio di una provincia, di un comune con popolazione superiore ai 15.000 abitanti o di una forma associativa tra comuni avente la medesima popolazione della medesima regione;

**ricoprire** la carica di presidente o amministratore delegato di enti di diritto privato in controllo pubblico da parte della regione nonché di province, comuni con popolazione superiore a 15.000 abitanti o di forme associative tra comuni aventi la medesima popolazione della stessa regione.

altre cause di incompatibilità di seguito indicate.....

Allega a copia del documento di riconoscimento, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445/00.

Li, 15/06/14

Firma 

Dichiara, infine, di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 D.Lgs. 30/06/2003 n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Li, 15/06/14

Firma 