



Al Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza

Al Direttore UOC Gestione Risorse Umane

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

[Handwritten signature]

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

Il/La sottoscritto/a MAGGI ELVIRA nato/a a Caserta il 02/11/78 residente a Caserta via
nella Sua qualità di DIAGNOSTICO FARMACISTA 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 inconfiribilità di qualsivoglia incarico di cui al decreto in oggetto per un periodo di 5 anni

DICHIARA

- che **non sussistono** cause di inconfiribilità di incarichi, incompatibilità di incarichi o svolgimento delle funzioni 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 inconfiribilità, 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

REGIONE CAMPANIA
A.S.L. CASERTA
19 NOV 2015
Prot. N°

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, 18/11/15.....

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, 18/11/15.....

Firma 

Modello - DICHIARAZIONE EX ART.47 DEL DPR 445/2000 DI SUSSISTENZA/INSUSSISTENZA DI RAPPORTI DI COLLABORAZIONE CON SOGGETTI PRIVATI, DI INSUSSISTENZA DI SITUAZIONI DI CONFLITTO DI INTERESSI AI SENSI DEL CODICE DI COMPORTAMENTO DEI DIPENDENTI PUBBLICI, APPROVATO CON DPR 62/2013 E DEL CODICE DI COMPORTAMENTO DELL'ASL CASERTA APPROVATO CON DELIBERAZIONE N. 994 DEL 29.07.2014

Il/La sottoscritto/a MAGGI EQUIPO cf. MCG LVR 78M 62 B 96 3 F

Dipendente/collaboratore con la qualifica di DIRIG. FARMACISTA a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000, ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 del D.P.R. 16.04.2013, n. 62 sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

che non si trova in alcuna delle situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi di seguito esemplificate tali da ledere l'imparzialità del proprio corretto agire amministrativo, ovvero:

- che nei procedimenti di propria competenza non sono coinvolti interessi propri;
- che nei procedimenti di propria competenza non sono coinvolti interessi del coniuge/convivente more uxorio, parenti o affini entro il secondo grado;
- che nei procedimenti di propria competenza non sono coinvolti interessi di persone con le quali ha rapporti di frequentazione abituale;
- che nei procedimenti di propria competenza non sono coinvolti interessi di soggetti od organizzazioni con cui il sottoscritto o il proprio coniuge ha causa pendente;
- che nei procedimenti di propria competenza non sono coinvolti interessi di soggetti od organizzazioni con cui il sottoscritto o il proprio coniuge ha grave inimicizia;
- che nei procedimenti di propria competenza non sono coinvolti interessi di soggetti od organizzazioni con cui il sottoscritto o il proprio coniuge ha rapporti di credito o debito significativi;
- che nei procedimenti di propria competenza non sono coinvolti interessi di soggetti od organizzazioni di cui il sottoscritto sia tutore, curatore, procuratore o agente;
- che nei procedimenti di propria competenza non sono coinvolti interessi di enti, associazioni, anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui il sottoscritto sia amministratore o gerente o dirigente;
- 1 altro (specificare ulteriori gravi ragioni di convenienza che comportano l'obbligo di astensione)

- di impegnarsi ad aggiornare tempestivamente la presente dichiarazione in caso di mutamento dei presupposti e in caso di modifiche a quanto in essa dichiarato, nonché a segnalare tempestivamente ogni situazione di conflitto di interessi, anche potenziale.

DICHIARA ALTRESI'

- di non avere e di non aver avuto negli ultimi tre anni rapporti, diretti o indiretti, di collaborazione con soggetti o enti privati in qualunque modo retribuiti;
- 2. di avere o aver avuto negli ultimi tre anni i sotto indicati rapporti, diretti o indiretti, di collaborazione con soggetti o enti privati in qualunque modo retribuiti:

Denominazione soggetto privato	Tipologia di rapporto di collaborazione retribuito	Periodo	
		<i>(dal GG/MM/AA al GG/MM/AA)</i>	
		Dal	al

	Dal	al
--	-----	----

che il sottoscritto:

A TAL FINE PRECISA

1. ha ancora rapporti finanziari con i soggetti con cui ha avuto i predetti rapporti di collaborazione, come di seguito riportato:

Denominazione soggetto privato	Tipologia di rapporto di collaborazione retribuito	Annotazioni

2. non ha più rapporti finanziari con i soggetti con cui ha avuto i predetti rapporti di collaborazione;
 3. che i sotto indicati interessati (1) hanno ancora rapporti finanziari con il soggetto con cui ha avuto i predetti rapporti di collaborazione:

Nome e cognome	Rapporto con il dichiarante	Denominazione soggetto privato

Il/la sottoscritto Moggi Elvire dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Tale dichiarazione verrà pubblicata sul sito Aziendale alla sezione "Amministrazione trasparente".
Allega alla presente documento di identità in corso di validità.

Luogo e data della sottoscrizione 24/05/2016

In fede
 Nome e cognome Moggi Elvire

L'Amministrazione si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000). In caso di dichiarazione falsa il dipendente/collaboratore sarà denunciato all'autorità giudiziaria.

(1) Vanno indicati il coniuge, il convivente o parenti/affini entro il secondo grado, come da tabella che segue:

PARENTELA		AFFINITA'	
E' il vincolo che unisce le persone che discendono dalla stessa persona		E' il vincolo che unisce un coniuge ed i parenti dell'altro coniuge.	
Grado	Rapporto di parentela con il dichiarante	Grado	Rapporto di affinità con il dichiarante
1	padre e madre figlio o figlia	1	suocero o suocera del titolare figlio o figlia del coniuge
2	nonno o nonna nipote (figlio del figlio o della figlia) fratello o sorella	2	nonno o nonna del coniuge nipote (figlio del figlio del coniuge) cognato o cognata