

MODELLO
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(ex artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)
SULL'INSUSSISTENZA DELLE CAUSE DI INCONFERIBILITA'
ED INCOMPATIBILITA' DI CUI AL D. LGS. 8 APRILE 2013, N.39

Il sottoscritto GIOVANNI RIGGIO nato a PALERMO (PA) il 26/05/1965 in qualità di dirigente amministrativo octies del CEFPAS, con contratto di lavoro a tempo determinato, CCNL Dirigenza SPTA anno 2000 (per 5 anni dal 15.04.2020), part time (19 ore settimanali), di cui all'art. 15 octies D.Igs. 502/1992 e s.m.i., consapevole delle responsabilità civili, amministrative e penali, relative a dichiarazioni false o mendaci, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., nonché delle sanzioni di cui all'art. 20, comma 5, del D. Lgs. n. 39/2013 e s.m.i., sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

di non incorrere in alcuna delle cause di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, previsti dal D. Lgs. 8 aprile 2013, n.39, in specifico riferimento all'incarico di dirigente amministrativo octies presso il CEFPAS.

In particolare, ai fini delle cause di inconferibilità:

- di non avere riportato condanna, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale (art. 3 D.Lgs. 39/2013);
- di non avere svolto incarichi e ricoperto cariche in enti di diritto privato o finanziati dall'amministrazione o dall'ente pubblico che conferisce l'incarico (CEFPAS) ovvero di non avere svolto in proprio attività professionali, se queste sono regolate, finanziate o comunque retribuite dall'amministrazione o ente che conferisce l'incarico (CEFPAS) (art. 4 D.Lgs. 39/2013);
- di avere svolto incarichi e ricoperto cariche, nei due anni precedenti, in enti di diritto privato solo indirettamente (per il tramite di società controllate) regolati o finanziati dal servizio sanitario regionale e conseguentemente di non incorrere in cause di inconferibilità per l'incarico di dirigente amministrativo octies presso il CEFPAS, in atto ricoperto;

e, ai fini delle cause di incompatibilità:

- ❑ di non trovarsi nelle cause di incompatibilità di cui all'art. 9, comma 1 e comma 2, del D.Lgs.39/2013;
- ❑ di trovarsi nelle cause di incompatibilità di cui all'art. 10 del D.Lgs.39/2013, che si riferisce però agli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo nelle aziende sanitarie locali, e quindi secondo consolidata giurisprudenza AA.SS.PP. (in Sicilia), AA.OO. e IRCCS, ma di non incorrere in cause di incompatibilità per l'incarico di dirigente amministrativo octies presso il CEFPAS, in atto ricoperto;
- ❑ di non trovarsi nelle cause di incompatibilità di cui all'art. 12 del D.Lgs.39/2013;
- ❑ di non trovarsi nelle cause di incompatibilità di cui all'art. 13 del D.Lgs.39/2013;
- ❑ di non trovarsi nelle cause di incompatibilità di cui all'art. 14 del D.Lgs.39/2013.

Il sottoscritto si impegna a presentare annualmente la presente dichiarazione (art. 20, comma 2) ed a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente, rendendo se del caso, una nuova dichiarazione sostitutiva.

Trattamento dei dati personali (ex D. Lgs. n.196/2003 e Regolamento (UE) 2016/679):

Il sottoscritto dichiara di essere informato e dà il proprio consenso al trattamento dei dati forniti con la presente dichiarazione per le finalità di cui al D. Lgs. n. 39/2013, ai sensi del D. Lgs. n.196/2003 e del Regolamento (UE) 2016/679.

Lì 06.02.2023

In fede

Si allega copia di un documento di riconoscimento.

Cognome **RIGGIO**
 Nome **GIOVANNI**
 nato il **26.5.1965**
 (atto n. **02730** 1s **A**)
 a **PALERMO**
 Cittadinanza **ITALIANA**
PALERMO
 Residenza
 Via **IMPERATORE FEDERICO N. 21**
 Stato civile **IMPIEGATO**
 Professione
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
 Statura **1.73**
 Capelli **CASTANI**
 Occhi **CASTANI**
 Segni particolari **XXXXX**



Firma del titolare *Giovanni Riggio*
PALERMO il **8.6.2016**
 Impronta del dito indice sinistro
 IL SINDACO
Silvana Roccella
 AX 4703703

TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA



3 Cognome **RIGGIO**
 4 Nome **GIOVANNI** 5 Data di nascita **26/05/1965**
 6 Numero identificazione personale **RGGGNN65E26G273J** 7 SSN-MIN SALUTE - 500001
 8 Numero di identificazione della tessera **80380001900128650891** 9 Scadenza **16/12/2022**

REPUBBLICA ITALIANA
TESSERA SANITARIA
 CARTA REGIONALE DEI SERVIZI

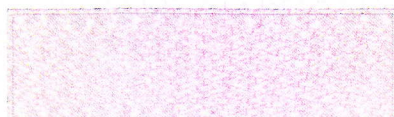


Codice Fiscale **RGGGNN65E26G273J** Sesso **M**
 Cognome **RIGGIO**
 Nome **GIOVANNI**
 Luogo di nascita **PALERMO**
 Data di scadenza **16/12/2022** Provincia **PA**
 Data di nascita **26/05/1965**

Dati sanitari regionali
 REGIONE SICILIANA

SCADE IL 26.05.2027

AX 4703703



REPUBBLICA ITALIANA



COMUNE DI
PALERMO

CARTA D'IDENTITA'
 N° **AX 4703703**
 DI
RIGGIO
GIOVANNI