

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI

(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/la sottoscritto/a PANZIANI Maurizio matr. _____
 (cognome) (nome)
 nato/a a PALESTRO (_____) il 05/11/87
 (luogo) (prov.)
 residente a PALESTRO (_____) (PA)
 (luogo) (prov.)
 in Via Michele Janara n. 6
 (indirizzo)
 E mail mauro.panziani@me.com
 Pec mauro.panziani@pec.5sm.org

DICHARA

☐ di essere nato/a a PALESTRO (PA) il 05/11/87
☐ di essere residente a PALESTRO via/p.za Michele Janara 6
 cap 90135 Località PALESTRO Prov. PA
 Tel. 091/6762020 Cellulare 3441998446 e-mail mauro.panziani@me.com
 Pec mauro.panziani@pec.5sm.org

☒ di essere domiciliato/a a PALESTRO
 Via/P.za Michele Janara n. 6 cap 90135
 Località PALESTRO Prov. PA Tel. 091/6762020
 (da compilare solo se il domicilio è diverso dalla residenza)

☒ di essere cittadino/a italiano/a (oppure) _____
☒ di godere dei diritti civili e politici
☒ di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di PALESTRO (PA)
 ovvero _____

☒ di essere: celibe/nubile/di stato libero _____
☐ di essere coniugato/a con _____
☐ di essere vedovo/a di _____
☐ di essere divorziato/a da _____
☐ che la famiglia convivente si compone di:
 (cognome e nome) (luogo e data di nascita) (rapporto di parentela)

☐ di prestare servizio alle dipendenze dello Stato, delle Province, dei Comuni o di altri enti pubblici;

☒ di non prestare servizio alle dipendenze dello Stato, delle Province, dei Comuni o di altri enti pubblici;
 se si ha avuto precedenti rapporti di lavoro con la pubblica amministrazione;

☐ di non avere avuto interruzione tra un rapporto di lavoro ed il successivo;

☐ di avere avuto interruzione tra un rapporto di lavoro ed il successivo;

☐ di aver avuto il seguente trattamento economico:

Stipendio tabellare iniziale lordo: € _____:

Valore comune Indennità Qualif. Prof.le: € _____:

Indennità Pro.le specifica: € _____:

Indennità vacanza contrattuale:

Ributizione individuale d'anzianità (ove acquisita): € _____:

Indennità RX (ove prevista): € _____:

Assegno nucleo familiare (ove dovuto): € _____:

Fascia retributiva (ove acquisita): € _____:

☐ di prestare servizio presso privati: _____

☒ di non prestare servizio presso privati: _____

☐ di avere i seguenti incarichi presso altre PP.AA. _____

☒ di essere iscritto/a nell'albo o elenco: dei Tecnici di Radiologia di Palermo

☒ di appartenere all'ordine professionale: dei Tecnici di Radiologia di Palermo

☒ di possedere il titolo di studio Laurea a ciclo rilasciato dalla scuola/università Milano Statale di Milano

☐ di possedere la qualifica professionale, titolo di specializzazione, di abilitazione, di formazione, di aggiornamento e di qualificazione tecnica _____ rilasciato dalla scuola/università _____ di _____

☐ di possedere il numero del codice fiscale PMBMRA875056273

☐ di possedere la partita IVA n. _____

☐ di non possedere la partita IVA

☒ di non esercitare attività imprenditoriale, commerciale, artigianale, industriale e professionale in qualsiasi forma

☒ di non avere responsabilità gestorie in società di persone e di capitali o in fondazioni;

☒ lo stato di disoccupazione

☐ la qualità di pensionato e categoria di pensione _____

☐ la qualità di legale rappresentante di persone fisiche o giuridiche, di tutore, di curatore e simili

☐ di essere nella seguente posizione agli effetti e adempimenti degli obblighi militari, ivi comprese quelle attestate nel foglio matricolare dello stato di servizio per i nati anteriormente al 1985:

☐ servizio assolto nel periodo dal _____ al _____;

☒ di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario/a di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;

di aver riportato condanne penali per le quali sono state emesse le seguenti sentenze di condanna (indicare anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono giudiziale, non menzione, sospensione condizionale, ecc.):

n. procedimento _____ n. e data sentenza _____

autorità giudiziaria _____ tipologia giudizio/rito _____

norme violate _____

sanzioni riportate _____

di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali di essere

sottoposto/a a procedimenti penali:

n. procedimento _____ reato _____

autorità _____ stato del procedimento _____

☐ di non trovarsi in stato di liquidazione o di fallimento e di non aver presentato domanda di concordato


☐ altro _____

Barrare la/e voci che riguardano la/e dichiarazione/i da produrre.

Il/la sottoscritto/a è consapevole che:

- è soggetto/a alle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia qualora rilasci dichiarazioni mendaci, formi o faccia uso di atti falsi od esibisca atti contenenti dati non più rispondenti a verità (articolo 76 del D.P.R. 445/2000);

- decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera qualora dal controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione (artt. 71 e 75 D.P.R. 28.12.2000, n. 445).

Palermo, 26/03/2020 Firma  (*)

Ai sensi dell'art. 21, comma 2, D.P.R. 445/2000 attesto che la sottoscrizione della dichiarazione sopra riportata è stata apposta in mia presenza dal dichiarante Sig. _____

_____ identificato con _____

n. _____ rilasciato/a il _____ da _____

_____ e preventivamente ammonito/a sulle responsabilità penali cui si può andare incontro in caso di dichiarazione mendace (art. 76 D.P.R. 445/2000).

Palermo, _____ L'incaricato _____

(Spazio riservato all'autentica della firma)

(*) Da sottoscrivere in presenza del dipendente addetto oppure sottoscrivere e allegare copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore. In caso di documento non più valido il dipendente deve dichiarare, nella fotocopia dello stesso, che i dati in esso contenuti non hanno subito variazioni dalla data di rilascio (art. 38 del D.P.R. 445/2000).

INFORMATIVA AI SENSI DEL CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI (Articolo 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e successive modificazioni)

L'Unità Operativa Risorse Umane provvederà al trattamento dei dati personali, anche con l'ausilio di strumenti informatici, esclusivamente ai fini del procedimento in oggetto ed in misura pertinente, non eccedente e strettamente necessaria al perseguimento delle proprie funzioni istituzionali. I dati richiesti sono obbligatori ed in caso di eventuale rifiuto a rispondere l'Amministrazione non potrà definire la pratica. I dati personali potrebbero essere comunicati anche ad altre amministrazioni pubbliche qualora queste debbano trattare i medesimi per eventuali procedimenti di propria competenza istituzionale.

Titolare del trattamento: Azienda Ospedaliera " Ospedali Riuniti Villa Sofia – Cervello " di Palermo.

Responsabile del trattamento: Dott.ssa Maria Rosa Gabriella Sanfilippo – Tel. 091 7808755

Ai sensi dell'articolo 7 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 l'interessato/a ha diritto di ottenere l'accesso, l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione, la cancellazione, la trasformazione ed il blocco dei dati, nonché di opporsi, in tutto o in parte, al trattamento (raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, diffusione, cancellazione e distruzione) dei propri dati personali.

Palermo li 26/03/2020

Per presa visione, il/la dichiarante

