

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI
(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/la sottoscritto/a BUSCENI CAROLA matr. _____
(cognome) (nome)
nato/a a PALEMO (PA) il 04/03/1982
(luogo) (prov.)
residente a CAMPOFELICE DI ROCCELLA (PA)
(luogo) (prov.)
in Via VIALE SAN FRANCESCO n. 53
(indirizzo)
E mail carola.busceni@gmail.com
Pec _____

DICHIARA

- ☒ di essere nato/a a PALEMO (PA) il 04/03/1982
- ☒ di essere residente a CAMPOFELICE DI ROCCELLA via/p.za VIALE SAN FRANCESCO, 53
cap 90010 Località CAMPOFELICE DI ROCCELLA Prov. PA
Tel. 4 Cellulare 327907830 e-mail carola.busceni@gmail.com
Pec carola.busceni.rtx@pec.omceo.it
- ☒ di essere domiciliato/a a PALEMO
Via/P.za VIA D. CUNAROSA n. 53 cap 90145
Località PALEMO Prov. PA Tel. 327907830 (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 CAMPOFELICE DI ROCCELLA (PA) ovvero _____
- ☒ di essere: celibe/nubile/di stato libero NUBILE
- ☐ 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) |
|------------------------|---------------------------|-------------------------|
| <u>BUSCENI SILVIO</u> | <u>PA, 04/05/1962</u> | <u>PADRE</u> |
| <u>LOMBARDO GIULIA</u> | <u>PA, 19/01/1964</u> | <u>MADRE</u> |
| <u>BUSCENI PAOLO</u> | <u>PA, 05/12/1985</u> | <u>FRATELLO</u> |
- ☐ di prestare/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 /di avere avuto interruzione tra un rapporto di lavoro ed il successivo;

☐ di aver avere il seguente trattamento economico:

<input type="checkbox"/> Stipendio tabellare iniziale lordo:	€ _____
<input type="checkbox"/> Indennità di specificità medica:	€ _____
<input type="checkbox"/> Indennità vacanza contrattuale:	€ _____
<input type="checkbox"/> Retribuzione individuale d'anzianità: (ove acquisita)	€ _____
<input type="checkbox"/> Indennità rapporto esclusivo:	€ _____
<input type="checkbox"/> Indennità RX: (ove prevista):	€ _____
<input type="checkbox"/> Retribuzione di posizione minima contrattuale:	€ _____
<input checked="" type="checkbox"/> Incremento di retribuzione di posizione per incarico:	€ _____
<input type="checkbox"/> Retribuzione di posizione variabile aziendale:	€ _____
<input type="checkbox"/> Assegno nucleo familiare (ove dovuto):	€ _____

☒ di prestare/non prestare servizio presso privati: ASP. CATANIA

☒ di avere i seguenti incarichi presso altre PP.AA. INCARICO CO.CO.CO. per Emergenze Covid
ospedaliere Comunità di Catania

☒ di essere iscritto/a nell'albo o elenco: Ord. m. PA 15686

☒ di appartenere all'ordine professionale: MEDICINA E CHIRURGIA

☐ di possedere il titolo di studio LAUREA MAGISTRALE rilasciato dalla scuola/università
di Palermo di Medicina e Chirurgia

☐ di possedere la qualifica professionale, titolo di specializzazione, di abilitazione, di formazione, di aggiornamento e
di qualificazione tecnica SPERGIUSTA IN GERIATRIA rilasciato dalla
scuola/università degli Studi di Catania di 10/01/2020

☒ di possedere il numero del codice fiscale 05001920462730

☒ 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 NO

☐ la qualità di pensionato e categoria di pensione NO

☐ la qualità di legale rappresentante di persone fisiche o giuridiche, di tutore, di curatore e simili NO

☒ di essere nella seguente posizione agli effetti e adempimenti degli obblighi militari, ivi comprese quelle attestate nel
foglio matricolare dello stato di servizio: ESENTE

☐ in attesa di chiamata;

☐ riformato o rivedibile;

☐ 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, 11/01/2012 Firma Carola Busceti (*)

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. CAROLA BUSCETI

_____ identificato con DOCUMENTO DI IDENTITÀ

n. CAZ8015 HK rilasciato/a il 18/10/2010 da COMUNE DI CAMPOREALE DI BOCCALÀ

_____ 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, 11/01/2012 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.

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 11/01/2022

Per presa visione, il/la dichiarante

Carlo Basso

11