



**MODELLO DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (ex artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)
SULL'INSUSSISTENZA DELLE CAUSE DI INCONFERIBILITÀ ED INCOMPATIBILITÀ DI CUI AL D. LGS. 08.04.2013, N.39**

La sottoscritta Cella Ester Marina Matr. n. 3598, nella sua qualità di Responsabile della SS Nutrizione Clinica e Artificiale
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 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 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.3D.Lgs.39/2013);

☐ oppure di aver riportato le seguenti condanne:

.....
... ☐ di NON avere svolto incarichi e ricoperto cariche, nei due anni precedenti, in enti di diritto privato o finanziati
dall'amministrazione che conferisce l'incarico ovvero svolto in proprio attività professionali, se queste sono regolate, finanziate o
comunque retribuite dall'amministrazione che conferisce l'incarico (art.4D.Lgs.39/2013);

☐ oppure di aver svolto i seguenti incarichi/ ricoperto le seguenti cariche:

.....
..... ☐ di NON avere svolto incarichi e ricoperto cariche, nei due anni precedenti, in ente pubblico o in ente di diritto
privato in controllo pubblico

regionale che svolga funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del Servizio Sanitario regionale
(art.5D.Lgs.39/2013); ☐ oppure di aver svolto i seguenti incarichi/ ricoperto le seguenti cariche:

.....
..... ☐ di non trovarsi nelle cause di inconferibilità di cui all'art.8 del D.Lgs 39/2013 (Inconferibilità di incarichi di
direzione nelle Aziende sanitarie locali) e, ai fini delle cause di incompatibilità:

☐ di NON avere, oltre a quello di questa Azienda, alcun rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato

☐ oppure [specificare]:

.....
... ☐ di NON avere, oltre a quello di questa Azienda, alcun rapporto di lavoro, anche di natura convenzionale, con il SSN ☐
oppure [specificare]:

.....
... ☐ di NON svolgere attività libera professionale presso strutture sanitarie pubbliche o presso strutture sanitarie private ☐
oppure [specificare]:

.....
... ☐ di NON svolgere in proprio attività libera professionale

☐ oppure [specificare]:

.....
..... ☐ di NON avere titolarità o la compartecipazione di quote di imprese che possono configurare conflitti di interessi con il SSN
☐ oppure [specificare]:

.....
... ☐ di NON ricoprire incarichi o cariche in enti di diritto pubblico o privato

☐ oppure [specificare]:

Il sottoscritto si impegna a presentare annualmente la presente dichiarazione (art. 20, comma 2 del d.lgs 39/13) e da comunicare
tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente rendendo, se del caso, una nuova dichiarazione sostitutiva.

Foggia, li.....10.05.2025..... F.toEster Marina Cella..... Informativa Privacy

Desideriamo informarLa che i Suoi dati saranno trattati, in relazione all'acquisizione delle informazioni necessarie quali misure anticorruptive, ai sensi della L. 190/12, del D.Lgs 39/13 e
D.Lgs 33/13, nonché per gli adempimenti amministrativi ad essi conseguenti, da personale autorizzato di questa Amministrazione e da eventuali terzi nominati in qualità di Responsabili
del trattamento, nel pieno rispetto dei principi fondamentali del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (RGPD), recante disposizioni per la tutela delle persone fisiche. In
osservanza di tale Regolamento, il trattamento dei Suoi dati sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti e libertà
fondamentali. Per esercitare i suoi diritti ai sensi degli artt. 15-22 del Regolamento UE 2016/679 potrà rivolgersi direttamente al Titolare del trattamento dei dati l'Azienda Ospedaliero
Universitaria "Policlinico Riuniti" di Foggia con sede in Viale Pinto n.1 71121 Foggia. Per informazioni dettagliate sul trattamento dei dati personali si rinvia al sito web istituzionale,
nell'apposita sezione Privacy.

Via Luigi Pinto, 1 – 71122 Foggia Cod. Fisc. e Part. IVA 02218910715

0881 731111 - PEC: protocollo @pec.ospedaliriunitifoggia.it

