

**U.O.C. Coordinamento e Controllo
C.T.A. Pubbliche e Private
Direttore Dr. Roberto Ortoleva**

Prot. n° 64792

Catania, li 15.03.24

Dirigente Medico
Dr.ssa A. Centarri

Dirigente Medico
Dr.ssa H. Foti

Dirigente Pedagogista
Dr.ssa S. Caruso

Dirigente Psicologo
Dr. G. Castro

Assistente Sociale
Dr.ssa E. Romano

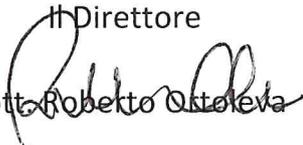
**Terapista della riabilitazione
Psichiatrica**
Dr.ssa F. Chiarenza

Al Comune di Catania
Direzione Famiglia e Politiche Sociali
Alla C.A. Dott.ssa Ughetta Pumilia

OGGETTO: Realizzazione progetto "Percorsi di Autonomia per persone con disabilità- fisica psichica- Autismo"

In riferimento alla realizzazione del progetto di cui in oggetto, considerato quanto concordato, rispetto alla composizione delle Equipe Multidisciplinari, durante il Tavolo tecnico dell'undici marzo duemilaeventiquattro; sentiti la Dott.ssa Helga Maria Foti (Dirigente Medico Psichiatra), il Dott. Giuseppe Maria Castro (Dirigente Psicologo), la dott.ssa Eleonora Romano (Ass. Sociale) e vista la loro disponibilità; questa UOC propone i suddetti professionisti per l'aggiornamento della composizione delle Equipe Multidisciplinari per la disabilità psichica e l'Autismo.

Il Direttore


Dott. Roberto Ortoleva

AUTODICHIARAZIONE DEL PERSONALE DELL'EQUIPE MULTIDISCIPLINARE COINVOLTO NELLA VALUTAZIONE DELLE ESIGENZE DELLA PERSONA CON DISABILITA' NELL'AMBITO DELLA DEFINIZIONE DEL PROGETTO PERSONALIZZATO PER I BENEFICIARI DELL'INVESTIMENTO 1.2 "PERCORSI DI AUTONOMIA PER PERSONE CON DISABILITA'" A VALERE SUL PNRR

Il sottoscritto GIUSEPPE MARIA CASTRO nato a CATANIA (prov. CT) il 13/08/1977 C.F. CSTGPP77M13C351V residente ad ACIREALE (prov. CT) indirizzo e-mail/PEC giuseppe.castro@aspct.it tel. 3336533898 professione PSICOLOGO , in qualità di componente dell'equipe multidisciplinare incaricata dal ATS/Comune di CATANIA con sede in via/piazza _____ (prov. _____) CAP _____ indirizzo e-mail/PEC _____ C.F./P.IVA _____ della valutazione multidisciplinare finalizzata alla definizione del progetto personalizzato per i beneficiari dell'Investimento 1.2 "Percorsi di autonomia per persone con disabilità", della Missione 5, Componente 1 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza progetto identificato con CUP. D64H22000300001, vista la normativa relativa alle situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole della responsabilità penale in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci o forma, esibisce, si avvale di atti falsi ovvero non più rispondenti a verità e delle relative sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nonché delle conseguenze amministrative e di decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato

DICHIARA

- di non trovarsi in situazioni di conflitto di interessi di qualsiasi natura, anche potenziali, nell'esercizio delle proprie funzioni;
- di impegnarsi a comunicare qualsiasi conflitto di interesse che possa insorgere durante la redazione del progetto personalizzato per i soggetti beneficiari e di astenersi prontamente dalla prosecuzione dell'attività;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rendere, se del caso, una nuova dichiarazione sostitutiva.

Dichiara, infine, di avere preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali nel rispetto del Regolamento (UE) 679/2016, del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, così come novellato dal decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, nonché secondo le disposizioni contenute nell'art. 22 del Regolamento (UE) 2021/241.

LUOGO e DATA

CATANIA 15/3/24

FIRMA



Si allega copia fotostatica del documento di identità, in corso di validità (art. 38 del D.P.R.445/2000 e ss.mm.ii)

AUTODICHIARAZIONE DEL PERSONALE DELL'EQUIPE MULTIDISCIPLINARE COINVOLTO NELLA VALUTAZIONE DELLE ESIGENZE DELLA PERSONA CON DISABILITA' NELL'AMBITO DELLA DEFINIZIONE DEL PROGETTO PERSONALIZZATO PER I BENEFICIARI DELL'INVESTIMENTO 1.2 "PERCORSI DI AUTONOMIA PER PERSONE CON DISABILITA'" A VALERE SUL PNRR

Il sottoscritto GIUSEPPE MARIA CASTRO nato a CATANIA (prov. CT) il 13/08/1977 C.F. CSTGPP77M13C351V residente ad ACIREALE (prov. CT) indirizzo e-mail/PEC giuseppe.castro@aspct.it tel. 3336533898 professione PSICOLOGO , in qualità di componente dell'equipe multidisciplinare incaricata dal ATS/Comune di CATANIA con sede in via/piazza _____ (prov. _____) CAP _____ indirizzo e-mail/PEC _____ C.F./P.IVA _____ della valutazione multidisciplinare finalizzata alla definizione del progetto personalizzato per i beneficiari dell'Investimento 1.2 "Percorsi di autonomia per persone con disabilità", della Missione 5, Componente 1 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza progetto identificato con CUP. D64H22000290001, vista la normativa relativa alle situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole della responsabilità penale in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci o forma, esibisce, si avvale di atti falsi ovvero non più rispondenti a verità e delle relative sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nonché delle conseguenze amministrative e di decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato

DICHIARA

- di non trovarsi in situazioni di conflitto di interessi di qualsiasi natura, anche potenziali, nell'esercizio delle proprie funzioni;
- di impegnarsi a comunicare qualsiasi conflitto di interesse che possa insorgere durante la redazione del progetto personalizzato per i soggetti beneficiari e di astenersi prontamente dalla prosecuzione dell'attività;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rendere, se del caso, una nuova dichiarazione sostitutiva.

Dichiara, infine, di avere preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali nel rispetto del Regolamento (UE) 679/2016, del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, così come novellato dal decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, nonché secondo le disposizioni contenute nell'art. 22 del Regolamento (UE) 2021/241.

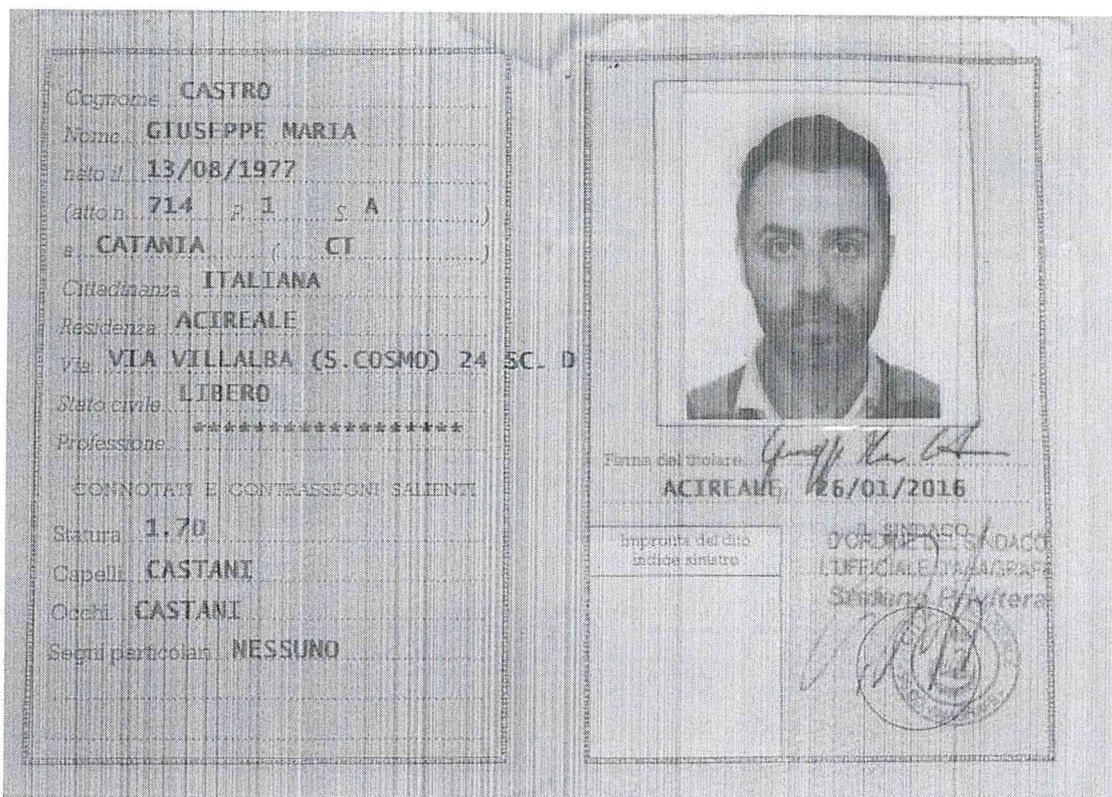
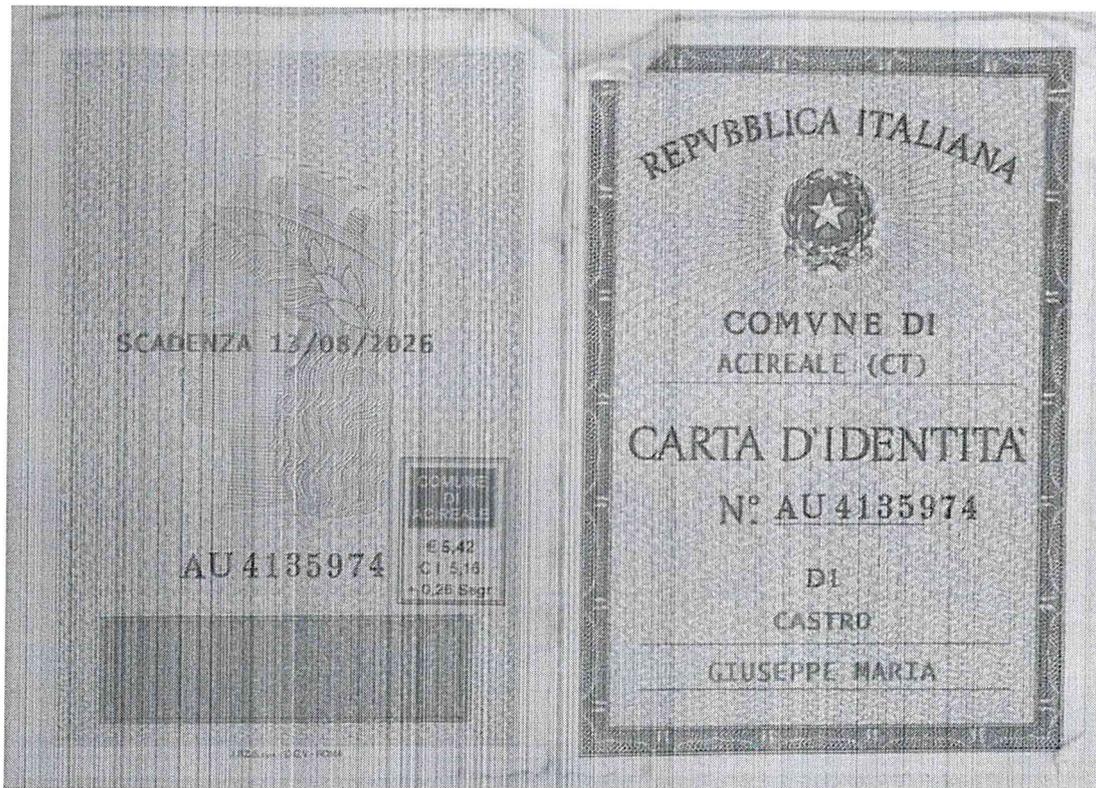
LUOGO e DATA

CATANIA 15/3/24

FIRMA



Si allega copia fotostatica del documento di identità, in corso di validità (art. 38 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii)



AUTODICHIARAZIONE DEL PERSONALE DELL'EQUIPE MULTIDISCIPLINARE COINVOLTO NELLA VALUTAZIONE DELLE ESIGENZE DELLA PERSONA CON DISABILITA' NELL'AMBITO DELLA DEFINIZIONE DEL PROGETTO PERSONALIZZATO PER I BENEFICIARI DELL'INVESTIMENTO 1.2 "PERCORSI DI AUTONOMIA PER PERSONE CON DISABILITA'" A VALERE SUL PNRR

La sottoscritta Helga Maria Foti nata a CATANIA (prov. CT) il 01/10/1971 C.F. FTOHGM71R41C351R residente ad VIAGRANDE (prov. CT) indirizzo e-mail/PEC helgamaria.foti@aspct.it tel. 3471626368 professione Medico Psichiatra , in qualità di componente dell'equipe multidisciplinare incaricata dal ATS/Comune di CATANIA con sede in via/piazza _____ (prov. _____) CAP _____ indirizzo e-mail/PEC _____ C.F./P.IVA _____ della valutazione multidisciplinare finalizzata alla definizione del progetto personalizzato per i beneficiari dell'Investimento 1.2 "Percorsi di autonomia per persone con disabilità", della Missione 5, Componente 1 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza progetto identificato con CUP. D64H22000290001, vista la normativa relativa alle situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole della responsabilità penale in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci o forma, esibisce, si avvale di atti falsi ovvero non più rispondenti a verità e delle relative sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nonché delle conseguenze amministrative e di decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato

DICHIARA

- di non trovarsi in situazioni di conflitto di interessi di qualsiasi natura, anche potenziali, nell'esercizio delle proprie funzioni;
- di impegnarsi a comunicare qualsiasi conflitto di interesse che possa insorgere durante la redazione del progetto personalizzato per i soggetti beneficiari e di astenersi prontamente dalla prosecuzione dell'attività;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rendere, se del caso, una nuova dichiarazione sostitutiva.

Dichiara, infine, di avere preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali nel rispetto del Regolamento (UE) 679/2016, del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, così come novellato dal decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, nonché secondo le disposizioni contenute nell'art. 22 del Regolamento (UE) 2021/241.

LUOGO e DATA

Catania, 15.03.2024

FIRMA


Si allega copia fotostatica del documento di identità, in corso di validità (art. 38 del D.P.R.445/2000 e ss.mm.ii)



AUTODICHIARAZIONE DEL PERSONALE DELL'EQUIPE MULTIDISCIPLINARE COINVOLTO NELLA VALUTAZIONE DELLE ESIGENZE DELLA PERSONA CON DISABILITA' NELL'AMBITO DELLA DEFINIZIONE DEL PROGETTO PERSONALIZZATO PER I BENEFICIARI DELL'INVESTIMENTO 1.2 "PERCORSI DI AUTONOMIA PER PERSONE CON DISABILITA'" A VALERE SUL PNRR

La sottoscritta Helga Maria Foti nata a CATANIA (prov. CT) il 01/10/1971 C.F. FTOHGM71R41C351R residente ad VIAGRANDE (prov. CT) indirizzo e-mail/PEC helgamaria.foti@aspct.it tel. 3471626368 professione Medico Psichiatra , in qualità di componente dell'equipe multidisciplinare incaricata dal ATS/Comune di CATANIA con sede in via/piazza _____ (prov. _____) CAP _____ indirizzo e-mail/PEC _____ C.F./P.IVA _____ della valutazione multidisciplinare finalizzata alla definizione del progetto personalizzato per i beneficiari dell'Investimento 1.2 "Percorsi di autonomia per persone con disabilità", della Missione 5, Componente 1 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza progetto identificato con CUP. D64H22000300001, vista la normativa relativa alle situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole della responsabilità penale in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci o forma, esibisce, si avvale di atti falsi ovvero non più rispondenti a verità e delle relative sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nonché delle conseguenze amministrative e di decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato

DICHIARA

- di non trovarsi in situazioni di conflitto di interessi di qualsiasi natura, anche potenziali, nell'esercizio delle proprie funzioni;
- di impegnarsi a comunicare qualsiasi conflitto di interesse che possa insorgere durante la redazione del progetto personalizzato per i soggetti beneficiari e di astenersi prontamente dalla prosecuzione dell'attività;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rendere, se del caso, una nuova dichiarazione sostitutiva.

Dichiara, infine, di avere preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali nel rispetto del Regolamento (UE) 679/2016, del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, così come novellato dal decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, nonché secondo le disposizioni contenute nell'art. 22 del Regolamento (UE) 2021/241.

LUOGO e DATA

Catania, 15.03.2024

FIRMA

Si allega copia fotostatica del documento di identità, in corso di validità (art. 38 del D.P.R.445/2000 e ss.mm.ii)

Cognome... **FOTI**

Nome..... **HELGA MARIA**

nato il..... **01-10-1971**

(atto n..... **390 P.1** S. A. 1971.....)

a..... **CATANIA**

Cittadinanza..... **Italiana**

Residenza..... **VIAGRANDE (CT)**

Via..... **VIA L. SCIASCIA 21**

Stato civile.....

Professione..... **MEDICO**

CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI

Statura..... **160**

Capelli..... **Castani**

Occhi..... **Verdi**

Segni particolari.....



Firma del titolare..... *Helga Maria Foti*

VIAGRANDE il..... **05-09-2017**

Impronta del dno..... *Helga Maria Foti*.....
 indice sinistro.....

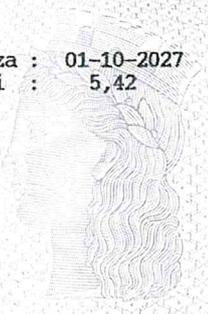
IL SINDACO.....
Carolina Cassa

Esecutore.....



Scadenza : **01-10-2027**

Diritti : **5,42**



AX 7602046



IPZS - GCV - ROMA

REPUBBLICA ITALIANA



COMUNE DI
 VIAGRANDE

CARTA D'IDENTITA'

N° **AX 7602046**

DI

FOTI HELGA MARIA



AUTODICHIARAZIONE DEL PERSONALE DELL'EQUIPE MULTIDISCIPLINARE COINVOLTO NELLA VALUTAZIONE DELLE ESIGENZE DELLA PERSONA CON DISABILITA' NELL'AMBITO DELLA DEFINIZIONE DEL PROGETTO PERSONALIZZATO PER I BENEFICIARI DELL'INVESTIMENTO 1.2 "PERCORSI DI AUTONOMIA PER PERSONE CON DISABILITA'" A VALERE SUL PNRR

Il sottoscritto Eleonora Romano nato a CATANIA (prov. CT) il 30/06/1963 C.F. RMNLNR63H70C351P residente a San Giovanni La Punta (prov. CT) indirizzo e-mail/PEC eleonora.romano@aspet.it eleonora.romano@pec.croas-sicilia.it tel. 3931522921 professione ASSISTENTE SOCIALE , in qualità di componente dell'equipe multidisciplinare incaricata dal ATS/Comune di CATANIA con sede in via/piazza _____ (prov. _____) CAP _____ indirizzo e-mail/PEC _____ C.F./P.IVA _____ della valutazione multidisciplinare finalizzata alla definizione del progetto personalizzato per i beneficiari dell'Investimento 1.2 "Percorsi di autonomia per persone con disabilità", della Missione 5, Componente 1 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza progetto identificato con CUP. D64H22000300001, vista la normativa relativa alle situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole della responsabilità penale in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci o forma, esibisce, si avvale di atti falsi ovvero non più rispondenti a verità e delle relative sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nonché delle conseguenze amministrative e di decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato

DICHIARA

- di non trovarsi in situazioni di conflitto di interessi di qualsiasi natura, anche potenziali, nell'esercizio delle proprie funzioni;
- di impegnarsi a comunicare qualsiasi conflitto di interesse che possa insorgere durante la redazione del progetto personalizzato per i soggetti beneficiari e di astenersi prontamente dalla prosecuzione dell'attività;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rendere, se del caso, una nuova dichiarazione sostitutiva.

Dichiara, infine, di avere preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali nel rispetto del Regolamento (UE) 679/2016, del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, così come novellato dal decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, nonché secondo le disposizioni contenute nell'art. 22 del Regolamento (UE) 2021/241.

LUOGO e DATA

CATANIA 15/03/2024

FIRMA

Eleonora Romano

Si allega copia fotostatica del documento di identità, in corso di validità (art. 38 del D.P.R.445/2000 e ss.mm.ii)

AUTODICHIARAZIONE DEL PERSONALE DELL'EQUIPE MULTIDISCIPLINARE COINVOLTO NELLA VALUTAZIONE DELLE ESIGENZE DELLA PERSONA CON DISABILITA' NELL'AMBITO DELLA DEFINIZIONE DEL PROGETTO PERSONALIZZATO PER I BENEFICIARI DELL'INVESTIMENTO 1.2 "PERCORSI DI AUTONOMIA PER PERSONE CON DISABILITA'" A VALERE SUL PNRR

Il sottoscritto Eleonora Romano nato a CATANIA (prov. CT) il 30/06/1963 C.F. RMNLNR63H70C351P residente a San Giovanni La Punta (prov. CT) indirizzo e-mail/PEC eleonora.romano@aspet.it eleonora.romano@pec.croas-sicilia.it tel. 3931522921 professione ASSISTENTE SOCIALE , in qualità di componente dell'equipe multidisciplinare incaricata dal ATS/Comune di CATANIA con sede in via/piazza _____ (prov. _____) CAP _____ indirizzo e-mail/PEC _____ C.F./P.IVA _____ della valutazione multidisciplinare finalizzata alla definizione del progetto personalizzato per i beneficiari dell'Investimento 1.2 "Percorsi di autonomia per persone con disabilità", della Missione 5, Componente 1 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza progetto identificato con CUP. D64H22000290001, vista la normativa relativa alle situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole della responsabilità penale in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci o forma, esibisce, si avvale di atti falsi ovvero non più rispondenti a verità e delle relative sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nonché delle conseguenze amministrative e di decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato

DICHIARA

- di non trovarsi in situazioni di conflitto di interessi di qualsiasi natura, anche potenziali, nell'esercizio delle proprie funzioni;
- di impegnarsi a comunicare qualsiasi conflitto di interesse che possa insorgere durante la redazione del progetto personalizzato per i soggetti beneficiari e di astenersi prontamente dalla prosecuzione dell'attività;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto della presente dichiarazione e a rendere, se del caso, una nuova dichiarazione sostitutiva.

Dichiara, infine, di avere preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali nel rispetto del Regolamento (UE) 679/2016, del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, così come novellato dal decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, nonché secondo le disposizioni contenute nell'art. 22 del Regolamento (UE) 2021/241.

LUOGO e DATA

CATANIA 15/03/2024

FIRMA


Eleonora Romano

Si allega copia fotostatica del documento di identità, in corso di validità (art. 38 del D.P.R.445/2000 e ss.mm.ii)

