



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

IL COMMISSARIO
Dr. Giovanni Berardino Chiarelli
direzione.generale@aspbasilicata.it

Prot. n. 11000 del 14/2/2018

**Al Responsabile della
Prevenzione della Corruzione ASP**

**Al Responsabile della Trasparenza ASP
LORO SEDI**

OGGETTO: obblighi di pubblicazione anno 2017 alla luce delle Linee guida sull'applicazione dell'art. 14 del d.lgs. 33/2013 approvate dal Consiglio dell'ANAC nella seduta dell'8 marzo 2017.

Il sottoscritto, Direttore Generale dell'ASP di Potenza, chiede la pubblicazione dei seguenti documenti allegati alla presente:

- 1) Dichiarazione sostitutiva di autocertificazione di Giovanni Berardino Chiarelli relativa all'anno 2017;
- 2) Copia di estratto del modello 730/2016 del contribuente Giovanni Berardino Chiarelli;
- 3) Copia di estratto del modello 730/2016 del contribuente coniuge, che ha dato il proprio consenso alla pubblicazione;
- 4) Modello di dichiarazione della situazione patrimoniale di Giovanni Berardino Chiarelli;
- 5) Modello di dichiarazione di situazione patrimoniale del coniuge, che ha dato il proprio consenso alla pubblicazione;
- 6) Dichiarazione dell'assenza di variazioni alla situazione patrimoniale resa dal coniuge, che ha dato il proprio consenso alla pubblicazione.

Il sottoscritto dichiara altresì di non aver ricevuto il consenso alla pubblicazione delle attestazioni e delle dichiarazioni di cui all'art. 14, co I, lett. f) del D.Lgs. n. 33/2013 da aperte dei parenti entro il secondo grado (figlio, madre, n.2 fratelli e n.2 sorelle).

Cordiali saluti.

Giovanni Berardino Chiarelli



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

IL COMMISSARIO
Dr. Giovanni Berardino Chiarelli
direzione.generale@aspbasilicata.it

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI AUTOCERTIFICAZIONE

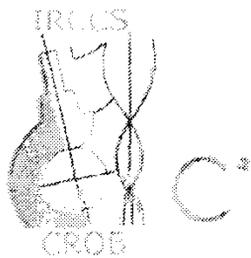
Il sottoscritto Giovanni Berardino Chiarelli, nato a Lauria (Pz) il 27/11/1960 ed ivi residente e domiciliato, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000 N. 445, sulla responsabilità penale in caso di dichiarazioni mendaci, formazione ed uso di atti falsi

DICHIARA

- 1) Di non incorrere in alcuna delle condizioni che danno luogo alle cause di inconferibilità e di incompatibilità alla carica di Commissario dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza – ASP.
- 2) Di percepire un compenso annuo onnicomprensivo di € 139.000,00 a lordo di oneri e ritenute di legge per le funzioni di Commissario dell'ASP, comprensiva dell'integrazione prevista dall'art. 5 bis del DPCM n. 502/95.
- 3) Di aver percepito importi a titolo di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici e che l'importo lordo percepito nell'anno 2017 è stato di € 599,98;
- 4) Di non rivestire altre cariche presso enti pubblici o privati e, pertanto, di non aver percepito alcun compenso a tale titolo da altri enti pubblici o privati;
- 5) Di impegnarsi a comunicare l'eventuale riconoscimento di importi a qualsiasi titolo corrisposti al sottoscritto in corso di anno.

Data 13.2.2018

Giovanni Berardino Chiarelli



Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
CENTRO DI RIFERIMENTO ONCOLOGICO DELLA BASILICATA
Rionero in Vulture (PZ)



Prot. n.

85028/2018

Rionero in Vulture, 12.02.2018

Al Commissario A.S.P.

dott. Giovanni Berardino CHIARELLI

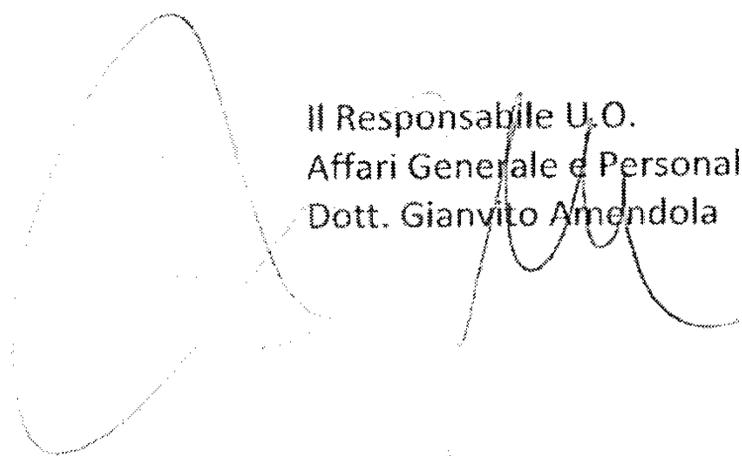
Via Torraca.2

850100 POTENZA

mail: gb.chiarelli@tiscali.it

Come richiesto per le vie brevi, si certifica che il dott. Giovanni Berardino CHIARELLI, Direttore Amministrativo di questo Istituto fino al 22.01.2018 ha sostenuto spese documentate per missioni e rimborso viaggi nell'anno 2017 di euro 599,98 come da spettanze mensili allegate.

Distinti saluti.



Il Responsabile U.O.
Affari Generale e Personale
Dott. Gianvito Amendola

Spettanze Mensili

Matricola	Dipendente		Data nascita	Data assunzione	Data cessazione
79	CHIARELLI GIOVANNI BERARDINO		27/11/1960	01/05/2015	22/01/2018
Servizio	Unità di direzione		Orario mensile		
00001 - DIREZIONE STRATEGICA	00101 - DIREZIONE STRATEGICA		156,00		

	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre	Tredicesima	Altre	Totale
Voce	AC1001 1000 RIMBORSO SPESE DOCUMENTAZIONE							Periodo di rif. 2017			Tipo voce		Competenza		
Quantità										0,00				0,00	0,00
Importo										89,00				0,00	89,00
Tariffa										0,00	0,00			0,00	
Voce	VP0012 1000 RIMBORSO SPESE DOCUMENTAZIONE							Periodo di rif. 2017			Tipo voce		Competenza		
Quantità	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00	0,00
Importo	10228,02	10228,02	10228,02	10228,02	10228,02	10228,02	10228,02	10228,02	10228,02	10228,02	10228,02	10228,02		0,00	122736,24
Tariffa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00	
Voce	VP0013 1000 RIMBORSO SPESE DOCUMENTAZIONE							Periodo di rif. 2017			Tipo voce		Competenza		
Quantità								0,00						0,00	0,00
Importo								3615,20						0,00	3615,20
Tariffa								0,00			0,00			0,00	

