

**DICHIARAZIONE ANNUALE SULL'INSUSSISTENZA DI CAUSE DI INCOMPATIBILITÀ  
DI CUI AL D.LGS. N. 39/2013**

La sottoscritta CICCARELLO ANTONINA, nata a ..... il ..... CF .....  
email [antonina.ciccarello@policlinico.pa.it](mailto:antonina.ciccarello@policlinico.pa.it) in relazione all'incarico dirigenziale di MEDICO  
COMPETENTE UNIPA presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria "Paolo Giaccone" di Palermo  
consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci (ai sensi degli artt. 75 e 76 del  
DPR 445/2000), sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

di non incorrere in alcuna delle cause di incompatibilità previste dal decreto legislativo 8 aprile 2013,  
n. 39.

La sottoscritta si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni del contenuto  
della presente dichiarazione e a rendere, nel caso, una nuova dichiarazione sostitutiva.

La presente dichiarazione è resa ai sensi e per gli effetti dell'art. 20 del predetto D. Lgs. n. 39/2013.

Palermo, 25 Febbraio 2026

Antonina Ciccarello