(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali		
II/la sottoscritto/a (nome e cognome) EMILLO BAJETTA		
Codice Fiscale BJT HLE 43 H 17 6388B		
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,		
DICHIARA		
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione): 		
FONDAZIONE CASTELLIMI: HEMBRO del CONSIGLI DI		
METBRO DEL CONSIGLO DINETTIVO		
- che l'attività professionale presso dell'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.		
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.		
Data 10.11.2021		
In fede FIRMA E- L- Bojello		
•		

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali		
Il/la sottoscritto/aDUCA_AUESSANDRA;		
Codice Fiscale: DCULSN97C65L667G ;		
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,		
DICHIARA		
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):		
1. ASSOCIAZIONE CENTRO PSICOLOGIA E COUNSELLNG (GORGONZOLA):		
di LOGOPEDISTA		
2. CENTRO PSICHE & SOMA (PIDLTELLO): collaborazione con prestazione		
di lavoro autonomo in qualità di LOGOPEDISTA		
3. CODPERATIVA OPERATORI SANITARI ASSOCIATI SOC. COOP. Padenominata O.S.A.		
collaborazione di lavoro autonomo e libero professionale in qualità		
du LOGOPEDISTA		
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.		
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.		
Data 01/11/2021		
In fede FIRMA Olemandia Oria		
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax		

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
II/la sottoscritto/a LAZZARI VERONICA
Codice Fiscale: LZZNNC 88ES8L667W;
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
1 In fede FIRMA Louis dazzon
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' (Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
II/la sottoscritto/a ANDORA COSTA ;
Codice Fiscale: <u>CSTN DR & M01 L87 2D</u> ; consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76
del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
- ATTIVITY DI EDUCATORE SCOLDSTILO PORSSO AIAS DI MILANO OPLUS IN RECIHE DI P. IVÀ
- ATTIVITÀ PSICOLOGICA PRIVATA
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito dei procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data
15/11/2021 In fede FIRMA Stee Osto
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali			
II/la sottoscritto/a ENRICO GIUSEPPE MAGGIONI;			
Codice Fiscale:_MGGNCG55T28F205J;			
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,			
DICHIARA			
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):			
Nessun rapporto con nessun soggetto			
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.			
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.			
Data 4-10-21 In fede FIRMA			
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel			

solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax



(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il sottoscritto EMILIO MOTTA;

Codice Fiscale: MTTMLE55A16E094Z;

consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,

DICHIARA

- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):

POLICLINICO DI MONZA, VIA PASSALACQUA, 10, MONZA: ATTIVITA' LIBERO-PROFESSIONALE

YOUCARE SRL, VIA TIZZONI 11/A, CERNUSCO S/N: DIREZIONE SANITARIA

- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.

Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

04/10/2021



da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali		
II/la sottoscritto/a ANNA ROUMIANTSEV ;		
Codice Fiscale: RHNNNA 98 L 59 F 205 2;		
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,		
DICHIARA		
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):		
ASST FATEBENEFRATELU-SACCO, RAPPORTO DI UBERA PROFESSIONE IN GUAUTA DI TECNICO DELLA RIABILITAZION PSICHIATRICA		
*		
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.		
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.		
Data 25/08/2024		
In fede FIRMA _dune Roui out sev		
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax		

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Melegnano e Martesana

(Art. 47 D.P.P. 21 d nenute 2000 n. 445)
da compilarsi a cura di consulanti/collaboratori professionali
II/la sottoscritto/a LAMPUGNANI FRANCES CA ;
Codice Fiscale: <u>LMPFNC78RS2B300U</u> ;
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
OSPEDALE SAN RAFFAELE - CONSULENTE LIBERO PROFESSIONIST, PER ATTIVITÀ AMBULATORIALE SSN
STUDIO MEDICO COLONNA FENICE - COLLABORA ZIONE LIB PROF. PER ATTIVITA - AMBULATORIALE IN L.
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 20/3/2021 In fede FIRMA Francisce John
da allegare conia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel

da allegare copia fotostatica di un documento di identità solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax



(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

II/la sottoscritto/a <u>Dr. Roberto Luigi Massironi</u>	
Codice Fiscale: MSSRRT54H12F2O5Z	a P
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste il dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'a del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,	n caso d articolo 76
DICHIARA	
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguent pubblici e privati (Indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggi collaborazione): 	etto della
Incarico di prestazione libero professionale in qualità di Medico Psichiatra presso	la
Folidazione Sacra Famiglia Unius, contratto in vinore dal 19/07/2021 al 21/12/202	54
Incarico di Prestazione libero professionale in qualità presso Insieme per il Sociale	2
(Azienda Speciale dei Comuni di Bresso, Cinisello Balsamo, Cormano e Cusano Milanino) a far corso dal 26 luglio 2021 per la durata di un anno.	
	*
 che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ov coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le qua rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credit significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società camministratore o gerente o dirigente. 	vero del all abbia
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti dei Regolam 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti infi esclusivamente nell'ambito dei procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.	nento UE ormatici,
Data 25/09/2021	
In fede FIRMA Rosed hing: Yamion:	
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiara	ante, nel

solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/a OERIOTTI MARIA LUISA
,
Codice Fiscale: CRT MUS 53 A 65 B 300L
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
Attudemente Povino enue prista frista
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 06/09/2021 In fede FIRMA Dollaro M. Cult
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiaranto nol

da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax

20131 MILANO Tel 2665150

G.F. CRT MLS 53A65 B3001

P. IVA 04831410156

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
II/la sottoscritto/a STEFANO GOLASAICI ;
Codice Fiscale: GCSSFN 75 E03D142C;
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
155R - 1stitulo Supenore Science Relipose / Foodlo Tedgica Italia Sellentrionale) - Professore la contrallo
Foundatione Benardi Houseui - Consuleuse found riene/superinan
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 200/2021 In fede FIRMA Alloguin.



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

II/la sottoscritto/a (nome e cognome) PATR/2/A ALPINE221
nato/a 17/1/ANO ii 29/06/1955
residente in via/loc./frazione CASA PCATI 1/A
cap 27049 città STRADELLA (PV)
Codice Fiscale LPN PR2 54 H69 F205 P
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
CAUREA IN MEDICINA-CHIRORGIA 28/7/1981
ARILITAZIONE PROFESSIONALE 1º SEMESTRE 1982
ISCRIZIONE ORNNE DEI TIEDICI MILENO NR 22335
SPECIALI ZZAZIONS, PATOLOGIA RIAROSUZIONS
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del regolamento (U.E.) 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 27/8/1921
In fede FIRMA Mynusus
,

<u>da compilarsi a cura di consi</u>	Henti (v -
Il/la sottoscritto/a (non	Ilenti/collaboratori professionali

Il/la sottoscritto/a (see la consulenti/collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) RAUG SCO
RAUCE SU TESTA
Codice Fiscale TST FNC 62 L 60 E 463 V consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
CONTENTO (1)
(MIMS) (Messo Cents Mesto butylockins
che l'attività professionale presso dell'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del rapporti di frequentazione abituale, di secondo grado, di persone con le quali abbia significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia sottoscritto dichiara infine il
sottoscritto dichiara infine di essere informato, al sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. sclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa
sclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
In fede FIRMA
allegare copia fotostatica di un documento
allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel o caso di trasmissione in via telematica, posta o fax

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professiona	<u>əli</u>
II/la sottoscritto/a MARIA CILLA	;
4	
Codice Fiscale: CUTUT88565F158 C	;
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi al sensi e del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in ma	per gli effetti dell'articolo 76
DICHIARA	
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo ret pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura collaborazione): 	ribuiti con i seguenti soggetti del rapporto e oggetto della
ALDO del emmilio	edico di fossas A
RSA Smy Guerz-Smy China, I	Jona Medico
Riber pyssionis 12	
 che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbi significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, amministratore o gerente o dirigente. 	interessi propri, ovvero del i persone con le quali abbia a rapporti di credito/debito
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per g 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichia	e con strumenti informatici,
Data	Lo .
25/08/21 In fede FIRMA	Tho Our

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

La sottoscritta

PAOLA FICHERA;

Codice Fiscale: FCHPLA83E57F205X;

consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsì ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,

DICHIARA

- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
 - FONDAZIONE CENTRO PER LA FAMIGLIA CARDINAL CARLO MARIA MARTINI ONLUS, Piazza Nazionale 9, 20056, Trezzo Sull'Adda (MI), con incarico libero professionale come Psicologa, area PES (Prevenzione ed Educazione alla Salute), sedi di Peschiera Borromeo e Cernusco sul Naviglio.
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.

Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensì e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Data 17/08/2021

In fede FIRMA Pall Role

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori pr	ofessionali
Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) LET(3(A	OLIVER

Codice Fiscale LVRLT281R57G273C
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso d dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
- che l'attività professionale presso dell'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 07/09/2011 Lacon per in quale la diciliarazione viene resa.
In fede FIRMA Lone Que.
do allegana e e e e
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax

solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' (Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

<u>da compi</u>	<u>larsi a cura di consu</u>	<u>ienti/collaboratori pro</u>	<u>fessionali</u>	
Il/la sottos	scritto/a ALICE	SEMINATI		·
		875446856A		
consapevol dichiarazion	le della responsabilit ni mendaci o di forma	à e delle conseguenze	civili e penali previste il sensi e per gli effetti del	in caso di l'articolo 76
		DICHIARA		
pubblici e i collaborazio	privati (indicare deno one):	minazione del soggetto,	modo retribuiti con i segue natura del rapporto e o	enti soggetti ggetto della
And the second s	NT SNOIO	PRIVATO Trice	DIERAPIA	
- (dr.	one Professio	me j		
		"(WUI RUUTE GICD (CONSDIEN D. PREGESSIONE		WIBASIG UZ J
nell'esclusiv coniuge o c rapporti di significativi, amministrat Il sottoscritt 2016/679, esclusivame	ro interesse dell'Azier onviventi, di parenti e frequentazione abitu ovvero di enti, assocre o gerente o dirige to dichiara infine di esche i dati personali	nda stessa, senza coinve affini entro il secondo quale, di soggetti con ciazioni anche non riconnte. ssere informato, al sensi raccolti saranno trattat	legnano e della Martesar volgere interessi propri, grado, di persone con le c cui abbia rapporti di cre losciute, comitati, società e per gli effetti del Regola i, anche con strumenti la dichiarazione viene resa.	ovvero del quali abbia edito/debito di cui sia amento UE informatici,
Data 11/08	121	In fede FIRMA _	Mire Senã	<u> </u>
4	Landa Calandate of the	afternoon and to be a sected the		



da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
II/la sottoscritto/a RADICE LUIGI CARLO;
Codice Fiscale: ROCLCR 50 D 24 F 205 Z; consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76
del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione): (ASA A) URA CIRO - LIBERO PROPESSIONISTA - VISITO GIMBURGICIA
HAGENTA MEDICAL CENTRE - LIBORD PROFESSIONISTA - U
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affinì entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data
1994 In MILANO fede FIRMA LYWORLD WE
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
II/la sottoscritto/a AUGELA MACIAGUATI;
Codice Fiscale: MCT NGL 55 R 68 E 92-1 E;
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione): IRCCS OSPEDIOOS S. POPOLO DE MODE CONSULATE
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 07(09(21.
In fede FIRMA
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
II/la sottoscritto/a (nome e cognome) FRANCESCA FALUMA
\
Codice Fiscale: GLL FNC 95 T43F205 B
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 7 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetto pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto dell collaborazione):
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero de coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbi rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui si amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento U 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa
Data Lago do 21 In fede FIRMA Finifall
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, ne

solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

II/la sottoscritto/a (nome e cognome) STEFANIA RALIA ANTONEUA DORIA

Codice Fiscale DRO SEN 641694 ZOS 6 consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHTADA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della
- Che l'attitute
che l'attività professionale presso dell'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia sottoscritto dichiara infine in
sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. sclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
In fede FIRMA A COLOR
allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel



	and the second of the second o
Codice Fiscale:	DMTRNN97C44F205W
aremarazioni intendaci o di i	vilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso mazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
	DICHIARA
 di intrattenere rapporti di pubblici e privati (indicare collaborazione): 	llaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti sogge nominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto de
CPS di Legnano ASST	vest Milanese - Libero Professionista - Programma R105: "Prevenzione individuazione e trattamento
precoce dei disturbi	sichici gravi in età giovanile. Sviluppo di processi
int	rativi nell'area salute mentale"
Interventi educ	ivi domiciliari private - Libero Professionista
oniuge o conviventi, di pare	presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svoli ienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero d i e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abb ituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debit sociazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui si gente.
dati persol	essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento U i raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatic procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
ata 07/07/200	
ata 07/07/2021	

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

<u>da compilarsi a cı</u>	ıra di consulenti/collaboratori professionali

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) ANDEGA DI RILLA Codice Fiscale DRLNDR93 BO7 E 535 B consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia, DICHIARA - di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della - che l'attività professionale presso dell'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n.

196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali	
II/la sottoscritto/a GALA SILVESTRINI	Stotler -
Sanuel - Boccotti - manuela boccotti dassimi preisgrano- ra becare il p	d : A
Codice Fiscale: SLVGAI 94843E5070	Aipururi s
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste i dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'i del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,	n caso di articolo 76
DICHIARA CASSAGU GIRL II SIEMBON	
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguen pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e ogg collaborazione):	ti soggetti jetto della
DENOMINAZIONE SOGGETTO LA CINICA SAN ROCCO - AL	US SR.
TRUTTED PROFESSIONALE: TERAPISTA DELLA NEURO E PSICONOTRI	ICITA
DEU ETT EVOLUTIVA IN MAN BOND	M ²
LIBERO PROFESSIONISTA	
weeksityyyad siepaema 1800006 8928881 2201 310 315 220 15 2	
DENOMINATION SOCIETYS: NISIDA SOCIETA COOPERATIVA SOCIAL	E
MODIESSIONALE ASSISTEME SCOLASTICA PER MISABIL	
ASSUMPTIONE A TEMPO DETERTIMATO (TERMINERA FINE GIUC	NO 2021)
 che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ov coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le qui rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credi significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società amministratore o gerente o dirigente. 	vero del ali abbia
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, al sensi e per gli effetti del Regolan 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti infesciusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.	nento UE formatici,
Data 04/06/202-1	
In fede FIRMA COLIA Silventures	CO TUE
la allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiara solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax	ante, nel

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) ANNACHIARA PICCININI
Codice Fiscale: PCCNCH80L66H2M0
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 70 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetto pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
CONTRATO DI COLLABORAZIONE LIBERO PROFESSIONALE- COME PSICOLOGA PSICOTERAPEUTA - A 6 h/ Settimanoli - CON MEDIHOSPES COOP. SOC. ONLUS
 che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero de coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 8/06/2091 In fede FIRMA Duncolono Ricorcorco

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

<u>da compilarsi a cura</u>	di consulenti/collaboratori professionali

II/la sottoscritto/a (nome e cognome) ALESSANDRA ANGELA

Codice Fiscale 622 LSN 90 T47 A 794 I consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,

DICHIARA

- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della

ASST PAPA CLOULLE
" CENTRO PSICOLOGIA ASSITT (BD) ILIBERY PROFESSIONE TUB
ASST PAPA GLOVANNI XXIII (BD) ILIBERA PROFESSIONE; THREE CENTRO PSICOLOGÍA ASSOCIAZIONE (DI CUI SOCIA) GORGONZOM. REBUS STUPIO POLISCIONE.
REBUS STUPIO POLISOFO A
REBUS STUDIO POLISPECIALISTICO, CASIRATE D'ADDA, LIBERA PROFESSIONE
MODERED SPL, LIBERA PROFESSIONE, THREE (TENSO /Acqua)

- che l'attività professionale presso dell'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia

Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Data 10/05/2021

In fede FIRMA Hencuche



(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

Il/la sottoscritto/a Alessandro Berenghi

Codice Fiscale: BRNLSN93H19F205D

consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,

DICHIARA

- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):

Università degli Studi dell'Insubria, primo anno di scuola di specializzazione in Anestesia, Rianimazione, Terapia Intensiva e del dolore (borsa di studio)

- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.

Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Data 23/06/2021

In fede FIRMA

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
II/la sottoscritto/a HIWA YESSENIA ARRASCUE VIGO;
Codice Fiscale: RRSHDY77 H 512611 G ;
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
ISTITUTO CLÍNICO HUMANITAS.
RSD "SANSONE"
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 25/06/2021. In fede FIRMA

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/a Ignacio Kendoza De la Cruz;
Codice Fiscale: 1206 PC74D29 7651C;
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
RSQ Sansone
che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 25-06-21
In fodo FIDMA



(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

<u> </u>
Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) FLAVIA UNETTO
Codice Fiscale: LNTFW85 B65F205X
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
COURSOLATIONS CON POLF EVENA TREPLOCATI
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 25/06/2021
In fede FIRMA Pluetto

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/o	collaboratori pro	fessionali	
Il/la sottoscritto/a (nome e cognome)_	FEDERICA	NATA RELL	1
Codice Fiscale: NTRFRC92A53	1 F205R		- Comment
consapevole della responsabilità e di dichiarazioni mendaci o di formazione o del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e d	uso di atti falsi a	i sensi e per ali e	previste in caso d ffetti dell'articolo 76
	DICHIARA		
- di intrattenere rapporti di collaborazio pubblici e privati (indicare denominazio collaborazione):	ne del soggetto	natura del ranno	efo a aggotta dalle
COllaborazione): UNIVERSITA DEGU STUDI T SPECIAUSTICA IN IGIENE E	ANDICEN :	ONTRATIO DI PREVENTIVA	FOR MARKONE
 che l'attività professionale presso l'A nell'esclusivo interesse dell'Azienda ste coniuge o conviventi, di parenti e affini rapporti di frequentazione abituale, d significativi, ovvero di enti, associazioni amministratore o gerente o dirigente. 	essa, senza coinv entro il secondo g i soggetti con c	rolgere interessi grado, di persone ul abbia rapport	propri, ovvero del con le quali abbia i di credito/debito
Il sottoscritto dichiara infine di essere in 2016/679, che i dati personali raccolt esclusivamente nell'ambito del procedime	i saranno trattati	l, anche con stri	umenti informatici.
Data 22/06/202±			
	In fede FIRMA _	Geoluce	Waterelli.
da allegare copia fotostatica di un docum solo caso di trasmissione in via telematic	iento di identità in a, posta o fax	corso di validità	del dichiarante, nel

AUTORIZZO LA PUBBUCAZIONE DEI DATI SUL SITO AZIENDALE E SUI SITI KINISTERIAU



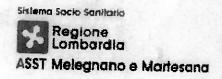
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

ua compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) IRENE NASONE
Codice Fiscale: NSN RN1 91C43 H2241
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione): - BORSA DI SPECIALI ZZAZIONE CON HUNANITAS UNINERSITY - CONTRATTO COME TITOLARE CONTINUITA ASSISTENZIALE CONTIN
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data
In fede FIRMA TRULE VOSONE



(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
II/la sottoscritto/a TARISA Formu;
Codice Fiscale: FPPMRS 70 17 66 L 175 A ;
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
ASST WORD TILANO - INCAMICE LIBERE PROFESSIONAUS
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 09.04.2024
In fede FIRMA



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' (Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali Il/la sottoscritto/a GRETA NUCE (LONETTA	
and coare in	
Codice Fiscale: LCNGTL 98850T 5HE	
CONTROL TO	
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'ai del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,	caso d rticolo 70
DICHIARA	
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e ogge collaborazione): 	soggetti tto della
COOPERATION COTTA CONTRO L'EMARGINAZIONE ASSUMA	
SOCIALE, PER ON PARTIME TO IS ORE SETTIFIAN	
 che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza colnvolgere interessi propri, ovve confuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quall rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cul abbia rapporti di credito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di amministratore o gerente o dirigente. 	ero del I abbia
il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolame 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti infor esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.	into UE matici,
Data 31/03/9021	
In fede FIRMA Gotte lle ducle	
a allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiaran	the



da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
II/la sottoscritto/a COLOMBO GIULIA
Codice Fiscale: CLMGLI 98 L 70 E 804M
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione): ASST MELEGNANO E DELLA MAZZESANA, ZARROVAO DI TIPO LIPERO PROFESSIONALE PER IL PROGETTO "PREVENZIONE, INDIVIDUAZIONE E TRATLAMENTO PRECOCE DEI DISTUZBI PSICHICI IN ETA GIOVANILE, SUILUPRO DI PROCESSI INTEGRATIVI NELL'ARE DELLA SALUTE MENTALE".
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 31.03.2021
In fede FIRMA Gillo Colombo
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

•
da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
II/la sottoscritto/a Marina Bertoni ;
Codice Fiscale: BRT HRN 73 T 41 E 6480;
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
IstiTuto Tecnico STaTale "L. Pacioli" di Greme - libera prof psicolo
Medical Center bodi - libera prof psicologe psicoterapeute
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE

2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici,

esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Data 26.04.21

Marine Buran



(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) MARTINA CECCARINI

Codice Fiscale: CCCMTN77R67I819Z

consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,

DICHIARA

- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):

1) Studio Prívato di Psicologia & Psicoterapia Ceccarini (Titolare, libera professione, Psicologa e

Psicoterapeuta)

- 2) Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano (Ente Privato, collaboratore in libera professione professore a contratto e cultore della materia)
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.

Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Data 24/03/2021

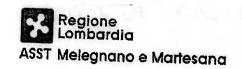
In fede FIRMA

martio Rees

Allegato copia fotostatica di documento di identità in corso di validità della dichiarante



da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/a FIOCCHI DAVIDE
20 A S PA
Down Francis
Codice Fiscale: FCC00 P685,7 F205 R
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione): E SELECTARIO SCIEVARIO SELECTARIO SCIEVARIO SPP (SCUEIA DI PSICOTE CAPIA PRESSO SPP (SCUEIA DI PSICOTE CAPIA DECESSIO SPP (SCUEIA DI PSICOTE CAPIA DECESSIO SPP (SCUEIA DI PSICOTE CAPIA DECESSIO DELLA DI PRIVATE VIA FINAUCE SCO DOVIDIO DI CAUSIA DI PRESSO STUDIO PRIVATE VIA FINAUCE SCO DOVIDIO DI 2013) DILAUD - ACTIVITÀ LIBERO PROFESSIO UACE
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data
In fede FIRMA
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax



da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
II/la sottoscritto/a AMESIO SONIA ANNA
Codice Fiscale: MMSSNN83L65FM9J
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione);
USERA PROFESSIONE PREPRO - STUDIÓ ANT OF PILATES METOO - CENTINO ARMONIA STUDIL OF CASE'NA OU PECCHI
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data CE/OUI 2021
In fede FIRMA Ellistus della
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax



da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali	
II/la sottoscritto/a MOIRA MUZZUPAPPA	
	 /
Codice Fiscale: MZZMRO 81 H5916900	
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in cas dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articol del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,	o di o 76
DICHIARA	
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetto e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto de collaborazione): ASSTURCO, VIA DEL EREMO 9 11, 23900 ECCO SOCIETA E SALUTE SPA, VIA TEMPERANZA 6, 20173	iella
	-
	
 che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svol nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbrarapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debi significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui samministratore o gerente o dirigente. 	lel Dia to Sia
l sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento U 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatic sclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.	IE ii,
ata	
In fede FIRMA JUDITO JULIPA POR	
a allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, ne lo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax	1

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
II/Na sottoscritto/a MAGNI TRANG;
Codice Fiscale: MGN FNC 63 H22F2019;
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
de éfettre Libes présence pour aus 8000 paisprélablistics DR MAGNIFILMO
pero Seu Gila Milanore V. 10/2/1 25
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data (407/102) In fede FIRMA
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel

solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax

da compilarsi a cura di consu	lenti/collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/a (nome e cogn	ome) ENRIG ZANECCI
Codice Fiscale: ZNLNRC	
dishiprozioni mondaci o di formi	tà e delle conseguenze civili e penali previste in caso di azione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 . 445 e delle ulteriori norme in materia,
	DICHIARA
pubblici e privati (indicare den collaborazione):	aborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti ominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della
KUOLO	IN CODEMNAMENTO DEI SERUITI ADI
CPS "CENTRO PER IL P PROPES DOLLUS "ISRUIM SANIBAR	MPARION VIA CORFULL HILAND, LIBERD NO NISTA - INFERHIERS IN CIBERD PROFESNO NISTA - INFERHIERS PREVENTIVE
nell'esclusivo interesse dell'Az coniuge o conviventi, di paren rapporti di frequentazione al significativi, ovvero di enti, as amministratore o gerente o dir Il sottoscritto dichiara infine d 2016/679, che i dati person esclusivamente nell'ambito del Data	i essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE ali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, procedimento per il quale la dichiarazione viene resa. In fede FIRMA
da allegare copia fotostatica d solo caso di trasmissione in vi	i un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel a telematica, posta o fax

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) GIORDANO CECCHETTI
Codice Fiscale:CCCGDN89P04B729P
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 70 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetto pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
-Ospedale San Raffaele di Milano, contratto di collaborazione coordinata e continuativa, ricerca clinica -Ospedale San Raffaele di Milano, contratto in libera professione, attività clinica c/o Unità di Neurologia-Neurofisiologia, Unità di Pronto Soccorso.
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero de coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data29/04/2021 In fede FIRMA
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, ne solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax



(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
II/la sottoscritto/a OLIVIA BOCCIA
Codice Fiscale: BCC LVO 93R N8ASGUV
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso d dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione): UNIVEL SITA BECH STUDI DI MILANO
FOR MAZIONE PRECIALISTICA IN CHIRIRGIA GENERALE
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data
In fede FIRMA
la allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel

solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/a FRANCESCA BASTA ;
222 242 12662 1
Codice Fiscale: 857 FNC 94 C47 D862 N ;
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
 che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 14/05/2021
In fede FIRMA Tolerale Pesta

da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel

solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax



da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/a TOTTASO PANICI TONUCCI
Codice Fiscale: PNCTHS 91A 28L 500P
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 04 05 202;
In fede FIRMA
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel



(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/a Paoco Manea
Codice Fiscale: HNC PLA 93523 B 354R
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
Scude di Specialismine en Ornologue Medico (UNI-MILANO
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 23/04/30 In fede FIRMA

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali.
11/1a sottoscritto/a (nome e cognome) LIVIA ELENA FUSS1
Codice Fiscale: FSSLLN63E52F205B
consapevole della responsabilità e delle conseguenza civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione);
STUBIO PROFESSIONALE DI COI SONO
THOUARE
ALIENCE VARIE PER OUT SUCLED A'INVITAT
DI FORMAZIONE IN HANTERA OCCASIONALE
 che l'attività professionale presso l'Azlenda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azlenda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del conluge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, al sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 02/4/2020 In fede FIRMA Wice FEIM
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel

solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax



(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

Il/la sottoscritto/a Claudia Galbiati

Codice Fiscale: GLBCLD78H68C523W

consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,

DICHIARA

- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):

Studio privato Dottssa Galbiati Claudia via Marconi 18 Pioltello (Milano)

Studio privato Epos corso Roma 70 Melegnano (Milano)

- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.

Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Data 22 giugno 2021

In fede FIRMA

111 110 A constant live And the belle moved the larger

DECDIARAZIORE SUSDIBILIVA DI ATTO DI ROTORICIA'

(Aif. 17 to P. E. M. die mine Miner 445)

do compilately care deand any conspondent professional

li la sala conflicta (paris e experience) Pitting consing LAFONCUL

LIN PRI 90119 A667 X

consequenciale della responsabilità e delle consequence civil e permit previste un caso di dicharazioni menda in ili formazione o uso di atti fulsi ai sensi e per gli effetti riell'articolo 76 The fire alice 2000, a. 445 e delle alteriori norme in materia,

DICHTARA

de intrattenere copporte di collaborazione in qualunque morie retribuiti con i seguenti soggetti publice e per de (valicare denominatione del soggetto, natura del repporte e oggetto della

COWTH 1770 LIBERS PROFERENCE	· luces for		SAN DONATO	60 N
	COUTH ATTO	Unino	PROFESSION	1-15
			** ** **********	tox g-
MARIE TORRE TORRESTANT AND	*			

- che l'attività professionale presso dell'Azionda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo inferesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del conluge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione altituate, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debite significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia onuministratore o parente o dirigente,

Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti dei D.Lgs. n. 196/2003, che i duti personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Data 19-06-20

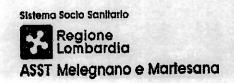
in fede FIRMA

kegione Lombardia ASST Melegnano e Martesana

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/			
II//a sottoscritto/a (nome e cognome)_	ALTONIO	Popero	RBBLO
Codice Fiscale_PPLNTN895	161754	w	
consapevole della responsabilità e de dichiarazioni mendaci o di formazione o del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e d	elle conseguenza	-1	previste in caso o effetti dell'articolo 70
	DICHIARA		
- di intrattenere rapporti di collaborazion pubblici e privati (indicare denominazio collaborazione): CARDIOLOGO DI I LIVELIO IRCCS PONULINICO SAN E PARA E, Malan 2, 20	ne in qualunque n ne del soggetto,	nodo retribuiti co natura del rapp professione	on i seguenti soggett porto e oggetto della
mat. Malan 2,20	المراجعة المراجعة	-LIA)	peramese (1
che l'attività professionale presso dell'A ell'esclusivo interesse dell'Azienda stes pniuge o conviventi, di parenti e affini e apporti di frequentazione abituale, di gnificativi, ovvero di enti, associazioni a mministratore o gerente o dirigente.	soggetti con cu anche non ricono	rado, di persone i abbia rappori sciute, comitati,	con le quali abbia di credito/debito società di cui sia
sottoscritto dichiara infine di essere 36/2003, che i dati personali raccolti sclusivamente nell'ambito del procedimen	informato, ai se saranno trattati, ito per il quale la	nsi e per gli e anche con str	ffetti del D.Lgs. n. umenti informatici
ata_U.06.2020	a har ii dogie ia	dichiarazione vie	ene resa.
	In fede FII	RMA CRITO	· Port 1.
			-1/100 1 0



(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/coll	<u>aboratori profes</u>	sional		
Il/la sottoscritto/a (nome e cognome)	CERIAL	1	ENRICO	-
Codice Fiscale CRN HRC	51E14 C	19:	33B_	
consapevole della responsabilità e delle dichiarazioni mendaci o di formazione o us del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e dell	so di atti falsi al se	ensi e	per gli effetti dell'an	caso di cicolo 76
D	ICHIARA			
 di intrattenere rapporti di collaborazione pubblici e privati (indicare denominazione collaborazione): 	del soggetto, na	tura d	lel rapporto e ogget	to della
do FISIO 432 POR GARIBA	101 10 F	eleg	ueao 20017	Ou
do Fisio 432 Pre GARIBA BOBORDOMEO REDICO U	to PAPA GIO	New	ni 23 p 23	<u> </u>
			- deschiere	>0417.
GORSA "CASA PER COMUBIL"	Ice Dei Cing	uere	uto 18 - Fila	10
 che l'attività professionale presso dell'Az nell'esclusivo interesse dell'Azienda stess coniuge o conviventi, di parenti e affini en rapporti di frequentazione abituale, di s significativi, ovvero di enti, associazioni a amministratore o gerente o dirigente. 	a, senza colnvolg tro il secondo gra soggetti con cui	gere ii do, di abbia	nteressi propri, ovv persone con le qual rapporti di credito	ero del l abbia o/debito
II sottoscritto dichiara infine di essere 196/2003, che i dati personali raccolti s esclusivamente nell'ambito del procedimen	saranno trattati,	anche	con strumenti info	Lgs. n. rmatici,
Data 03/08/2083			/)	
7-7-5	In fede FIR	MA	erur.	

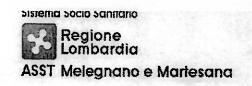
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel

solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax

Regione Lombardia ASST Melegnano e Martesana

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) <u>SARA MARTINOU</u>
Codice Fiscale MRTSRA 74 D 65 G 388 F
CONCERNITY 14 11 99 6 3 88 F
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione): 1) ISTITUTI CLI NICI SCIENTIFICI MAUBERI (Prapp. li buro professorale - 2) CASA CIRCONDARIALE DI PAVIA - MINIST. DI GIUSTITIA (NOP. libuo mol 1) CASA CIRCONDARIALE DI VIGEVANO-MINIST. DI GIUSTITIA (NOP. libuo mol 1) CASA CIRCONDARIALE DI VOGHERA- MINIST. DI GIUSTITIA (Nope libuo mol 1) CASA CIRCONDARIALE DI VOGHERA- MINIST. DI GIUSTITIA (Nope libuo mol 1) CASA CIRCONDARIALE DI VOGHERA- MINIST. DI GIUSTITIA (Nope libuo mol 1) CASA CIRCONDARIALE DI VOGHERA- MINIST. DI GIUSTITIA (Nope libuo-prof 1) CASA CIRCONDARIALE DI VOGHERA- MINIST. DI GIUSTITIA (Nope libuo-prof 1) CASA CIRCONDARIALE DI VOGHERA- MINIST. DI GIUSTITIA (Nope libuo-prof 1) CASA CIRCONDARIALE DI VOGHERA- MINIST. DI GIUSTITIA (Nope libuo-prof 1) CASA CIRCONDARIALE DI VOGHERA- MINIST. DI GIUSTITIA (Nope libuo-prof 1) CASA CIRCONDARIALE DI VOGHERA- MINIST. DI GIUSTITIA (Nope libuo-prof 1) CASA CIRCONDARIALE DI VOGHERA- MINIST. DI GIUSTITIA (Nope libuo-prof 1) CASA CIRCONDARIALE DI VOGHERA- MINIST. DI GIUSTITIA (Nope libuo-prof 1) CASA CIRCONDARIALE DI VOGHERA- MINIST. DI GIUSTITI (Nope libuo-prof 1) CASA CIRCONDARIALE DI VOGHERA- MINIST. DI GIUSTITI (Nope libuo-prof 1) CASA CIRCONDARIALE DI VOGHERA- MINIST. DI GIUSTITI (NOPE libuo-prof 1) CASA CIRCONDARIALE DI VOGHERA- MINIST. DI GIUSTITI (NOPE libuo-prof 1) CASA CIRCONDARIALE DI VOGHERA- MINIST. DI GIUSTITI (NOPE libuo-prof 1) CASA CIRCONDARIALE DI VOGHERA- MINIST. DI GIUSTITI (NOPE libuo-prof 1) CASA CIRCONDARIALE DI VOGHERA- MINIST. DI GIUSTITI (NOPE libuo-prof 1) CASA CIRCONDARIALE DI VOGHERA- MINIST. DI GIUSTITI (NOPE libuo-prof 1) CASA CIRCONDARIALE DI VOGHERA CIRCONDARIA (NOPE LIBUO-PROF 1) CASA CIRCONDARIA
- che l'attività professionale presso dell'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente. Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa. Data 3007 2020 In fede FIRMA Jamuludi.
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax



(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) MARCO CIAMMELLA

CodiceFiscale: CMMMRC60S25H501P

consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,

DICHIARA

- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
- 1) Attività libero professionale in qualità di Medico Competente (D. Lgs. 81/08 e s.m.i.) per aziende clienti di **Gruppo Sfera Srl** (società di consulenza e servizi specializzata in sicurezza, formazione e Medicina del Lavoro) P.I.: IT02973950138 Barzanò (LC).
- 2) Attività libero professionale in qualità di Medico Competente (D. Lgs. 81/08 e s.m.i.) per le seguenti aziende:

Buzzi SpA (lavorazione e commercio all'ingrosso di carne fresca, congelata e surgelata) P.I.: IT00707240966 – Turate (CO);

Carrozzeria Cernuschese Snc (autoriparazioni) P.I.: IT01134050150 - Cernusco s/N (MI); Conga G.B. Servizi Sas (pulizie, imbiancature, traslochi/trasporti) - P.I.: IT12697650153 - Milano (MI);

JVCKenwood Italia SpA (distribuzione di prodotti di elettronica di consumo e professionale) P.I.: IT04720170150 – Milano (MI);

Rosver Srl (distribuzione prodotti abrasivi professionali e utensili elettrici e pneumatici) P.I.: IT01207510155 – Milano (MI).

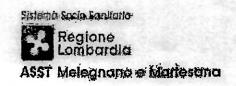
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.

Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Il sottoscritto autorizza ai sensi del Regolamento UE 2016/679 l'utilizzo dei propri dati personali ai soli fini della presente procedura.

Data: 27/07/2020

In fede FIRMA



da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) Mois & MARIAN,
Codice Fiscale: MSO MRN 46 CO3 2129 H.
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 7 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
Non intrattenge ropporti di collaborazione con altri sogetti pubblici oppure privati.
- more & gar, pursones oppure pravim :
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 11/08/2020
In fede FIRMA
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità dei dichiarante, nel solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax



<u>da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali</u>
Il/la sottoscritto/a EUN WEM
h.
Codice Fiscale: NGMVNE90R65F20SE;
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione): - PLASIUTATOLI ASSOCIATI SEL
· SPAZIO NAUTIUR APS
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data OFFOGFOR In fede FIRMA
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax



ASST Melegnano e Martesana

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

gradiconsulenti/co	
da compilarsi a cura di consulenti/col	llaboratori professionali
Il/la sottoscritto/a (nome e cognome)	ELEVA CLUZZI
and the	30.00
Codice Fiscale C92UNE93RG	2DA42G
CUINADAUMIA J. II	COnseguenza
DI	CHIARA
 di intrattenere rapporti di collaborazione in pubblici e privati (indicare denominazione collaborazione); 	n qualunque modo retribuiti con i segmenti soggetti dei soggetto, natura del rapporto e oggetto della
	The condition of the co
192 gargami talgram and consigning Sel	
Charles P. of a	tarcozion isus (es franse bosenti, otto cert, on ornerazione
che l'attività professionale presso dell'Azien nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa. coniuge o conviventi, di parenti e affini entre	nda ASST Melegnano e della Manta
ignificativi, ovvero di enti, associazioni anchi mministratore o gerente o dirigente. sottoscritto dichiara infine di essere informatione di discontratione di essere informatione di esserie di esserie di e	getti con cui abbia rapporti di credito/debito e non riconosciute, comitati, società di cui sia
sporti di frequentazione abituale, di sognificativi, ovvero di enti, associazioni anchi ignificativi, ovvero di enti, associazioni anchi imministratore o gerente o dirigente. sottoscritto dichiara infine di essere infor 96/2003, che i dali personali raccolti sarai sclusivamente nell'ambito del procedimento pe	getti con cui abbia rapporti di credito/debito e non riconosciute, comitati, società di cui sia
sporti di frequentazione abituale, di sognificativi, ovvero di enti, associazioni anchi ignificativi, ovvero di enti, associazioni anchi imministratore o gerente o dirigente. sottoscritto dichiara infine di essere infor 96/2003, che i dali personali raccolti sarai sclusivamente nell'ambito del procedimento pe	getti con cui abbia rapporti di credito/debito e non riconosciute, comitati, società di cui sia rmato, ai scusi e per gli effetti del D.Lgs. n. er il quale la dichiarazione viene resa.
ignificativi, ovvero di enti, associazioni anchi imministratore o gerente o dirigente. I sottoscritto dichiara infine di essere informati i accolti sarai sclusivamente nell'ambito del procedimento per ata	getti con cui abbia rapporti di credito/debito e non riconosciute, comitati, società di cui sia

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

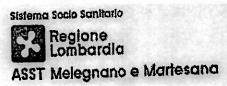
da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

II/la sottoscritto/a TELESE FANCO;
Codice Fiscale: TLSFNC 67C 09F 205F
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
- FONDAZIONE DON GNOCCHI RAFFORD DI WILLABRAZIONE
LIBERO PROFESSIONALE PER GUARDIA MEDIGA
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici,

esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

2h 6/2021

Time , how thele



	ra di consulenti/collaboratori professionali
[]/la sottoscritto/a _	PERILLO MIRCO
	PRLMR(63D23FZ057
Codice Fiscale:	Prechire
consapevole della	responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di aci o di formazione o uso di atti falsi ai sensì e per gli effetti dell'articolo 76 abre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
	DICHIARA
	, and anti-
pubblici e privati (pporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della
	ABRONG L.P PLA GEMERALI E
E36031324	1/0 4018
ALIBO	17 PER VALUEDAINE SAMILARIS SO
	ME MAIDTUR
	F(G V XLIA L G X
rapporti di freque significativi, ovver	ofessionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta resse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero de nti, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia entazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia gerente o dirigente.
rapporti di freque significativi, ovver amministratore o g	nti, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbie nti, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbie entazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sico di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sico di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sico di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati del Regolamento Ul diara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento Ul diara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento Ul diara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento Ul
rapporti di freque significativi, ovver amministratore o gi Il sottoscritto dich 2016/679, che i esclusivamente ne	nti, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbie entazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sicogerente o dirigente. liara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento Ul dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici ell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
rapporti di freque significativi, ovver amministratore o g	nti, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbie entazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia gerente o dirigente. liara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento Ul dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici ell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) (seumo QUALLO ROND)

Codice Fiscale: QRR CNZ 750 (6F2052

consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,

DICHIARA

- di intrattenere ra	ipporti di collaborazi	ione in qualunque	e modo retribu	iiti con I seg	uenti soggetti
pubblici e privati ((indicare denominaz	zione del soggett	o, natura del	rapporto e	oggetto della
collaborazione):					

(C 00 =	0.01.15	(St. A 1	, mg	Hueres	is a light
<u> </u>	018647270	INCIAM	<u>ソ_ ←</u>	Augusta Company	ns Nesca e lianuar
				HOLYDES	K K 2 C C C C C C C C C C C C C C C C C
- d-u - t-h					

- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.

Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Data 08 06 20

In fede FIRMA

da compilarsi a cura di consulenti/	collaborator	<u>i professionali</u>	
Il/la sottoscritto/a (nome e cognome)_	MARTINA	BAIARD REDAEL	<u>u</u>
Codice Fiscale: BRDMTん 89 S	511829	С	
consapevole della responsabilità e d dichiarazioni mendaci o di formazione d del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e d	o uso di atti fi	alsi al sensi e per gli effett	iste in caso di i dell'articolo 76
	DICHIAR	A	
- di intrattenere rapporti di collaborazio pubblici e privati (indicare denominazi collaborazione):	one del sogg	etto, natura del rapporto	e oggetto della
CON CONTRATTO ALOP			
			22 - 2004 - 12004
che l'attività professionale presso l'A nell'esclusivo interesse dell'Azienda sta coniuge o conviventi, di parenti e affini apporti di frequentazione abituale, c significativi, ovvero di enti, associazion amministratore o gerente o dirigente.	essa, senza entro il seco li soggetti c	coinvolgere interessi proj indo grado, di persone coi on cui abbia rapporti di	ori, ovvero del o le quali abbia credito/debito
l sottoscritto dichiara infine di essere ir 016/679, che i dati personali raccoli sclusivamente nell'ambito del procedim	ti saranno tr	attati, anche con strume	nti informatici.
oata 5/6/2020	ar - managal		
MBRedood.	In	fede	FIRMA
a allegare copia fotostatica di un docum olo caso di trasmissione in via telematic	nento di ident ta, posta o fa	ità in corso di validità del d x	dichlarante, nel



(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) DOTT: TAMPIERI ANTONIO

Codice Fiscale: TMPNTN62P08F205B

consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,

DICHIARA

- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):

Fondazione EdithStein - Consulenza in libera professione - Prestazioni ambulatoriali in qualità di

medico ginecologo

 Centro della famiglia Di Sesto San Giovanni - Consulenza in libera professione – Prestazioni ambulatoriali in qualità di medico ginecologo.

Centro della famiglia Di Rho - Consulenza in libera professione - Prestazioni ambulatoriali in qualità

di medico ginecologo.

- Centro Diagnostico e terapeutico Doctors & Doulas Attività libero professionale come medico ginecologo.
- Centro Polisalute Cinisello Balsamo Attività libero professionale come ginecologo

- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.

Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Data 14/06/2020

In fede FIRMA



(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

Il/la sottoscritto/a Patrizia Labella Codice Fiscale LBLPRZ81E45E205W

consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,

DICHIARA

- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
 - ASST PAVIA, incarico in libera professione come Terp per un progetto sperimentale
 - LULE soc. coop. Soc. incarico in libera professione come assistente alla comunicazione per disabili sensoriali
 - FARE ASSIEME aps, incarico in libera ptofessione come Terp per gruppi di auto mutuo – aiuto
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.

Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Data 30/06/2021

In fede

Pohiso Copella

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

II/la sottoscritto/a (nome e cognome) E/ FNA DA/ (A FONTANA

	HOUSE (Home & cognome) EZEDA DALCA FONTANA
	Codice Fiscale DCLLNE92C45I3532
	consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
	DICHIARA
	 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
-	
-	
_	
_	
-	
_	
ra si	che l'attività professionale presso dell'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta dell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia apporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito ignificativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia mministratore o gerente o dirigente.
[] []	sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n.

esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa. ti saranno trattati, anche con strumenti informatici,

In fede FIRMA Scoklytonlow

Sistema Socio Sanilario
Regione
Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
II/la sottoscritto/a (nome e cognome) ANTONIO PIRRONE
Codice Fiscale: PRRNTN90A16C63ZB
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 7 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti sogget pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto dell collaborazione):
 che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolt nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero de coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbi rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debit significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui si amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento U 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatic esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 15/05/2020 In fede FIRMA Satolio Paroue
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, ne
solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Melegnano e Martesana

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

Il/la sottoscritto/a Chiara Pagella;

Codice Fiscale: PGLCHR82L57L750A;

consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,

DICHIARA

- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):

GMS Srl: Medico Competente in libera professione MIA Srl: Medico Competente in libera professione

Centro Paolo VI Onlus: medico di guardia in libera professione

Aziende private sul territorio: Medico Competente in libera professione

Comune di Pizzale: Medico Competente in libera professione

- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.

Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Data: 27/04/2021

In fede FIRMA

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)
da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) <u>GIOVANNI</u> BORGHI
Codice Fiscale BRGG6N86F02B639U
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
- OSPEDALE SAN RAFFAELE - CONTRATTO A TEMPO INDETERMINATO
- IRCCS IST HAUGERI - ASSISTENZA RIAN, PER SEDUTO
- EUROP ASSISTANCE - TRASPORTI SANIT A CHIATIATA
- FUENTI SPORTIVI - ASSISTENZA SANTI- A CHIATIA
- che l'attività professionale presso dell'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, al sensi e per gli effetti del D.Lgs. n 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 30/4/2019
In fede FIRMA

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Mariesana

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali	
Il/Ja sottoscritto/a (nome e connome) Co a 4/4.	VOTIA

Codice Fiscale_V	TT CHN	83 P	17 E	977	Q	
Consanevole doll						1 THE LOCAL PROPERTY OF

consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi al sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,

DICHIARA

 di intratte pubblici e i collaborazio 	enere rappor privati (indic one):	ti di collaborazione care denominazion	e in qualunque se del soggett	e modo retribuiti co o, natura del rapp	on i seguenti soggetti orto e oggetto della
		IN RAFFAEL			
1					
rapporti di	onviventi, di frequentazio	parenti e affini er	itro il secondo	grado, di persone	Martesana è svolta propri, ovvero del con le quali abbia ti di credito/debito , società di cui sia
Il sottoscritt 196/2003, c esclusivamer	to dichiara i the i dati p nte nell'ambi	nfine di essere ersonali raccolti s to del procedimeni	informato, ai saranno tratta to per il quale	sensi e per gli e iti, anche con str la dichiarazione vi	effetti del D.Lgs. n. rumenti informatici,

Data 19-02-2020

In fede FIRMA De Valo

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome)

GIULIA FERRI

Codice Fiscale: FRRGLI87M48D912X

consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi al sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,

DICHIARA

 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):

Contratto di specializzazione in Ostetricia e Ginecologia con Università degli Studi di Milano, sede Ospedale Buzzi

Contratto di libera professione con Azienda ASST Melegnano e Martesana c/o Unità di Ostetricia e Ginecologia

- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del conluge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.

Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Data 05/06/2020

In fede FIRMA

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

II/la sottoscritto/a Cristiana Gaggi

Codice Fiscale: GGGCST71S49H5010

consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,

DICHIARA

- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):

Infermiera libera professionista presso Casa di Cura Villa Letizia, via Donizetti 12, Milano come libero professionista

Infermiera libera professionista ASST Melegnano e Martesa

- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.

Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

20 maggio 2020

In fede FIRMA Co & aug (

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

la sottoscritta Portaleone Anna Daria Maria
Codice Fiscale: _PRTNDR78E60F205F
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
Incarico Libero Professionale presso ASST di Melegnano e della Martesana svolgendo l'attività di psicologo nell'ambito dei Progetti Innovativi di Psichiatria, part time per 20h settimanali complessive (progetti TR113 "Coordinamento rete di supporto per soggetti con disabilità psichica" e TR106 "Messa in campo e Diffusione nel territorio ATS della Città Metropolitana di Milano di Modelli Operativi per Inserimento Lavorativo di Soggetti Affetti da Disturbi Psichiatrici")
Consulente Professionale presso Centro Medico Santagostino a Milano, svolgendo l'attività di Psicologo Psicoterapeuta presso la sede di via Foppa 7, a partire dal 1/1/2018 ad oggi, attualmente per 10 ore settimanali: Servizi svolti: primo colloquio, presa in carico e psicoterapia di soggetti giovani adulti, adulti e coppie.
Attività di Psicologa Psicoterapeuta libero professionista dal luglio 2007 secondo l'approccio psicodinamico; sostegno alla persona, alla famiglia e alla genitorialità
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data _31/05/2021 In fede FIRMA _dWRadbue

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/a BANSANA BOCCOURED;
Codice Fiscale: BCE BB RGSS60M089e ;
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
Mivita Souno Soun Palvon
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 2919 (Zen In fede FIRMA



(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali		
II/la sottoscritto/a ANNAUSA LENCIONI		
Codice Fiscale: LNCNUS 81 R54F2055		
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,		
DICHIARA		
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):		
ASST MELEGNANO MARTIESANA E STUDIO PRIVATO		
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.		
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.		
Data 16.06.21 In fede FIRMA Duo Colon		

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
II/la sottoscritto/a LA GRUTTA SARA
Codice Fiscale: LGRSRA81 HS7F205W
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
ASST NORD MILAND - COURBORGE LIBERG-PROF - CONSULENCE PER PROGETTI REGIONALI GOSZ - GOZA
- FOR ADOR U - ONAUM P CONDING AN - OTAVISO CIDER (S)
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 07/06/270 In fede FIRMA DO JO BULLED
de alle de la constant de la constan

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) NOEUL SELENE LA SUA
Codice Fiscale: LBA NOL 88+14992739
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 7 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
PROTERDIONALE CON ART HEREGNAND HARTEDANA
- che l'attività professionale presso l'Azlenda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero de conluge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 03/06/2019
In fede FIRMA Nockii Selous La Bus



(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
II/la sottoscritto/a GROSSI MARIALU (SP
Codice Fiscale: GR 5 ML 5 6 1 T6 1 F205 H
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
abo Vatti vi
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 16 (6/2 /
In fede FIRMA



(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

la sottoscritta GABRIELLA GLORIOSO

Codice Fiscale: GLRGRL79P56M052B

consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,

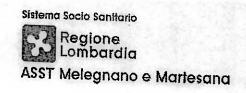
DICHIARA

- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
- ProgettAzione Cooperativa sociale onlus- RicreAzione Centro per l'Apprendimento e la Famiglia via G. B. Moroni, 6, Pedrengo (BG), collaboratrice professionale in qualità di Psicologa e Psicoterapeuta per il servizio DSA.
- Centro Psicologia Terapie integrate per la persona, Via Cantoni, 6, Gorgonzola (MI), collaboratrice in qualità di Psicologa, Psicoterapeuta e neuropsicologa dell'età evolutiva e giovani adulti.
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.

Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Data 31/05/2021

In fede FIRMA Pobuella Plocioso



(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori pro	ofessionali
--	-------------

TI /I
Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) ALICE FRANCESCA GLOTBILLU
Codice Fiscale: 6000000000000000000000000000000000000
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 70 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
~ di intrattenero rapporti di adili
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggett pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
manner to the
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa. Data 1463/R
In fede FIRMA Franceso Growbell
da allegaro conia fata dalle di

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
II/Já sottoscritto/X GIACOTAZZ! GERRRDO
Codice Fiscale: GCMGRD74111C523Y
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
AFOL METROFOLITANA - LIBERO PROFESSIONISTA - TUTOR DIDATTICO- ORGANIZZATIVO
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 09/04/21 In fede FIRMA from factorità del dichiarante nel
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax



(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

Il sottoscrittoROBERTO DI PIETRO;			
Codice Fiscale:DPTRRT55E18C35:	1L ;		
consapevole della responsabilità e de dichiarazioni mendaci o di formazione o del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e d	HE IN OZU (i falci ai conci o nor ali aff	reviste in caso di fetti dell'articolo 76
	DICHIA	RA	
 di intrattenere rapporti di collaborazion pubblici e privati (indicare denominazio collaborazione): 	ne in quale one del so	inque modo retribuiti con ggetto, natura del rappor	i seguentí soggetti to e oggetto della
- che l'attività professionale presso l'Az nell'esclusivo interesse dell'Azienda stes coniuge o conviventi, di parenti e affini e rapporti di frequentazione abituale, di significativi, ovvero di enti, associazioni amministratore o gerente o dirigente.	ssa, senza entro il sec soggetti	coinvolgere interessi prondo grado, di persone co	ropri, ovvero del on le quali abbia
Il sottoscritto dichiara infine di essere inf 2016/679, che i dati personali raccolti esclusivamente nell'ambito del procedime	saranno	traffati anche con etrum	conti informatici
Data 27.04.2021			
2 DIRAG	In	fede	FIRMA
da allegare copia fotostatica di un docume	ento di idei	ntità in corso di validità de	l dichiarante, nel

16 10

('Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

II/la sottoscritto/a GIOVANNA DI MICELI

Codice Fiscale: DMCGNN66R55G273F

consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi al sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,

DICHIARA

 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):

ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE MEDICO DI DISTRETTO PER CONTO DELLA ASST MELEGNANO E DELLA MARTESANA AREA SUD

ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE MEDICO VACCINATORE PER CONTO DELLA ASST MELEGNANO E DELLA MARTESANA AREA SUD

ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE MEDICO PRELIEVISTA PER CONTO DI SYNLAB ITALIA SRL

- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.

Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Data 26/08/2020

In fede FIRMA

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)
da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/a (nome e cognome)Mario D'Avino
Codice Fiscale:DVNMRA81C03F839S
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
Ospedale San Raffaele S.r.I. – contratto in libera professione per CONSULENZE SANITARIE
Azienda Socio Sanitaria Territoriale della Valcamonica – contratto in libera professione per CONSULENZE SANITARIE
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data04/05/2021/



2

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali	
II/la sottoscritto/a MARCO Di MATTEO	;
Codice Fiscale: DMTMRC90L05 A 662 P	;
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in case dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,	o di o 76
DICHIARA	
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggi pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto de collaborazione):	lella
INCARIGO LIBERO MOFFISIONALE PRESSO HOSTICE CASUNA BLANDEZZATA - O SOLORGE ÁNGRA SERVIZI	poleum
	
 che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svonell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali ab rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/deb significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui amministratore o gerente o dirigente. 	del bia
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.	UE ici,
Data	
8/04/2021 In fede FIRMA 1000 y 1000	



(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
II/la sottoscritto/a TIPLONI COBERTA
50. DD-060445 4000
Codice Fiscale: TRLRRT 36 P44 F119 R
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensì e per gli effetti dell'articolo 7 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggett pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
INFERMIGRA PRECSO MIL OSPEDALE SAN RAFFAELE
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del confuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data
3/5/2021 In fede FIRMA Roberton Time.

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali	
--	--

II/la sottoscritto/a (nome e cognome) HARIARITA PREDICES
Codice Fiscale: PRZHRT88C UZF8390
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
CONTRATIO (UBTIPO PROFESSIONALE COPERATIVA HOM
LAUDRO PRESSO TRUCT PUBLICAC.
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data
In fede FIRMA Junierare to Fore ao
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax

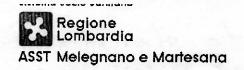
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

<u>da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali</u>
Il/la sottoscritto/a CHIARA MAGG
Codice Fiscale: MGGCHR92H46 F704 T
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 7 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggett pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
Università degli Italian Milano. mediro in formosione graciali
- Some genoli
- che l'attività mesaniani
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 28/4/21
In fede FIRMA ()
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/a (nome e cognome)Massimiliano Bissolati
Codice Fiscale:BSSMSM83S17M052L
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
Ospedale San Raffaele s.r.l. – Lavoratore dipendente-dirigente medico con qualifica di assistente
 che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data30/04/2021
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax
tutorisso la pubblicazione dei dati sul solo assedale e

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaborate	ori professionali
Il/la sottoscritto/a Vittoria Cartolla Mage	us.
0	
Codice Fiscale: MGN VTR94T44G388G	;
consapevole della responsabilità e delle conseg dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulterio	falci ai conci o por eli effetti dell'estrelli de
DICHIA	RA
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualu pubblici e privati (indicare denominazione del sog collaborazione): 	nque modo retribuiti con i seguenti soggetti getto, natura del rapporto e oggetto della
Università degli Studi di Milano-Sondi sede Ospedale Buzzi/Fatebenefratell	a di Specialitzazioni in Pediatria il/Sacco
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASS nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il sec rapporti di frequentazione abituale, di soggetti significativi, ovvero di enti, associazioni anche non amministratore o gerente o dirigente.	convolgere interessi propri, ovvero del ondo grado, di persone con le quali abbia
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai 2016/679, che i dati personali raccolti saranno t esclusivamente nell'ambito del procedimento per il q	Pottoti onoho
Data	
29/4/21 In fede FII	RMA VINONA CARLAHACIRORES



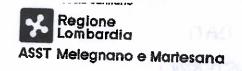
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/a Mazuryar Voloolyruyr
Codice Fiscale:;
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso d dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensì e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione): la lorazione con Prestezione giurzedica di Segnate.
di Segnote.
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data
28.04.2021 In fede FIRMA



(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/c	<u>ollaboratori profess</u>	<u>ionali</u>
Il/la sottoscritto/a (nome e cognome)	HAMAGRAZIA	fattoruso
Codice Fiscale: FTT 16R 92 L	41 6845 N	
consapevole della responsabilità e de dichiarazioni mendaci o di formazione d del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e d	uso di atti falsi ai se	nsi e per gli effetti dell'articolo 76
	DICHIARA	
 di intrattenere rapporti di collaborazio pubblici e privati (indicare denominazi collaborazione): 	one in qualunque mode one del soggetto, nat	o retribuiti con i seguenti soggetti ura del rapporto e oggetto della
	/	
- che l'attività professionale presso l' nell'esclusivo interesse dell'Azienda si coniuge o conviventi, di parenti e affini rapporti di frequentazione abituale, significativi, ovvero di enti, associazion amministratore o gerente o dirigente.	essa, senza coinvolg i entro il secondo grad di soggetti con cuì	ere interessi propri, ovvero del do, di persone con le quali abbia abbia rapporti di credito/debito
Il sottoscritto dichiara infine di essere i 2016/679, che i dati personali racco esclusivamente nell'ambito del procedin	lti saranno trattati, a	anche con strumenti informatici,
Data 4/05/21	In fede FIRMA	Moriogeria Pettempo
da allegare copia fotostatica di un docu	mento di identità in co	orso di validità del dichiarante, nel



(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

2000 II. 445)
da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
II/la sottoscritto/a (nome e cognome) FENERICA RELIANTE
- CI Vacanote
Codice Fiscale: BUFRC95H45G273L
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data
In fede FIRMA

da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

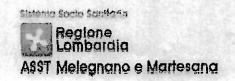
da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali	
Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) ALESSIA ANBROSI	40
Codice Fiscale: MBR LST 93 C 68 I 577 L	
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e pe dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e pe del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia	r gli effetti dell'articolo 76
DICHIARA	
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribu pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del collaborazione):	iti con i seguenti soggetti rapporto e oggetto della
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e e nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interconiuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di perapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia re significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, con amministratore o gerente o dirigente.	ressi propri, ovvero del rsone con le quali abbia apporti di credito/debito
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli ef 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche co esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazio	on strumenti informatici,
Data 5.05.2021	
In fede FIRMA <u>Glemat</u>	Sumonin
da allegare conia fotostatica di un documento di identità in corco di va	lidità dal diabinunuta uni

ASST Melegnano e Martesana

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
II/la sottoscritto/a Lucanom Roberta;
Codice Fiscale: Le RRRT 86BS1L188W ;
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi al sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
MEMICAL PERVICE ASPISTANCE LIBERA PROFESSIONE ANESTESIA CASA DI CURA LA MADONNINA, LIBERA PROFESSIONE ANESTESIA
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, al sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 29/03/21
In fede FIRMA Poblahand
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità dei dichiarante, nel solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) ALESSALORO ALELLI
Codice Fiscale: NLL LSN + + COSE 290I
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 26/11/2020
In fede FIRMA
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax



(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

	a di Consulenti/	collaboratori profe	essionali	
II/la sottoscritto/a	DR.SSA	ILENIA	THS50	10
Codice Fiscale:	π5.	5[NI 897 63	E435C	
	o di formazione	o uso di atti falsi al	sensi e per gl	i previste in caso d i effetti dell'articolo 76
		DICHIARA		
				con i seguenti soggetti porto e oggetto della
				
	Activities to the second	A. C.		
	/			
nell'esclusivo interess coniuge o conviventi, rapporti di frequenta significativi, ovvero di	e dell'Azienda s di parenti e affin izione abituale, i enti, associazio	tessa, senza coinvo i entro il secondo gr di soggetti con cu	lgere interes ado, di perso i abbia rapp	Martesana è svolta si propri, ovvero del ne con le quali abbia orti di credito/debito ti, società di cui sia
nell'esclusivo interess coniuge o conviventi, rapporti di frequenta significativi, ovvero di amministratore o gere	de dell'Azienda si di parenti e affinizione abituale, i enti, associazione o dirigente. Infine di essere i personali racco	tessa, senza coinvo i entro il secondo gr di soggetti con cu ni anche non ricono informato, ai sensi e lti saranno trattati,	lgere interessado, di perso i abbia rapposciute, comita per gli effett anche con s	si propri, ovvero del ne con le quali abbia orti di credito/debito ti, società di cui sia i del Regolamento UE strumenti informatici,



(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

ua compuarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
II/la sottoscritto/a MONELLO ALDO GIUSEPPE
to : rivid. Firms contratto e documentazione
Codice Fiscale: MNLLGSJZMOZASZZH
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA MARINE SANDER
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribulti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
AZIENDA ACCT MAITCAGAMO
de DE CHA MARTE SAVEA: Mente professante of
mentes an outing medico fectulistico in America.
eti engzenam-óittélegous-service et son a tradicional de la company de l
che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta dell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia apporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito ignificativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia mministratore o gerente o dirigente.
sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, sclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
ata 04.05.2021
In fede FIRMA Alole Swappa meul
allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del digniarante, nel lo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax

condute, nature del rapporto a oggetto della collaborazione nel caso in cui vi siano

OICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' (Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)
da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
II/la sottoscritto/a PELLICANO SAVERIO
Codice Fiscale: PLLSVR 50A09 H 22 4 R consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione): CIDI (CENTRO DIAGNOSTICO ITALIANO SPA) OCCASIONA CONSULENTE ANESTESI OLOGICHE PRIONICS SUL (TI) OCCASIONALE ASSISTEMA INTERIS
che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia apporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito ignificativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia imministratore o gerente o dirigente.
i sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, sclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
ota 09/04/9021
in fede FIRMA COLUMNIA
a allegare copia fotostatica di un documento di identità in corsoldi validità del dichiarante, nei olo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax



(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/a Valentina Zampaquione
Codice Fiscale: ZHPVNT 95S44D2864
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso d dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
- ALAS CITTE di MODER (MIR LISCONI 1/1 2 0000 MIR
- Studio dentistico associato Baldassari-Mole (VIA Borgnetto 33, Degio 20832 MB) in comaborazione
ubero-professionale not rudo di inpapeoners
- Wyspoody 1
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 14/04/2021
In fede FIRMA Valouture Competed da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali	
II/le sottoscritto/a VALLASCIANI STEFANO	;
Codice Fiscale: VLL SFN 63 M 0 6 F 20 5 W consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali	previste in caso di
dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,	effetti dell'articolo /6
DICHIARA	
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti o pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rap collaborazione): 	on i seguenti soggetti porto e oggetto della
- Attività libero professionale nel proprio studio	j
 che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interes coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di perso rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapp significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comita amministratore o gerente o dirigente. 	si propri, ovvero del ne con le quali abbia orti di credito/debito
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effett 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione	strumenti informatici,
Data	
o G/o 5/21 In fede FIRMA	all
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validi	tà del dichiarante, nel



(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
II/la sottoscritto/a PARIZIA SACCENTE
Codice Fiscale: SCCPR-290BULE801
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione): - BENSUTO FAPE FAMIGUA, TNPEE, BINASCO (M) - SIUDIO PLIVATO VIGEVANO (PV), TNPEE
- STUDIO PRIVATO LIGEVANO (PV), TNPEE
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 2/1/2021
In fede FIRMA Cornain Joute



(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
II/la sottoscritto/aSILVIA RUGGIERO
Codice Fiscale: RGGSLV88C69M102S
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
ASST MELEGNANO MARTESANA (PARTITA IVA)
STUDIO PRIVATO PROFESSIONALE (LIBERA PROFESSIONE)
Z syke-utilisesty over
No destrone states in section
AND APPEAR OF THE PROPERTY OF
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
[전 [12][12] [12][12] [12][12][12][12][12][12][12][12][12][12]
Data _13/07/2021
In fede FIRMA
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura (<u>li consulenti/</u>	collaboratori professionali
Il/ļa sottoscritto/a	WCA	NOVEDA
		(lus Nove)
Codice Fiscale: RU	DLCU76	HU M102A
archidiaziotti ttiettaaci o	ai formazione d	lelle conseguenze civili e penali previste in caso d o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 delle ulteriori norme in materia,
		DICHIARA
 di intrattenere rapport pubblici e privati (indica collaborazione): 	i di collaborazio are denominazio	one in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggett ione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della
ASST- 4 ELEGNAN	O-MARTEY	KNA
CON NATO UF	EGIZNACE	TR 106 PER PROBERO
conluge o conviventi, di prapporti di frequentazio	parenti e affini ne abituale, di nti, associazioni	Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta essa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del entro il secondo grado, di persone con le quali abbia li soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito i anche non riconosciute, comitati, società di cui sia
	ISUNAN FACCOITI	nformato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE i saranno trattati, anche con strumenti informatici, ento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 29/03/208	U	/pa. a n
		In fede FIRMA COLLET TOWN SY



(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

II/la sottoscritto/a RAIMONDI RAFFAELLA

Codice Fiscale: RMNRFL73D48F205Y

consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,

DICHIARA

- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):

FONDAZIONE DON CARLO GNOCCHI SEDE DI PESSANO CON BORNAGO (MI) CENTRO SANTA MARIA AL CASTELLO DI PIAZZA CASTELLO-ENTE PRIVATO CONVENZIONATO CON IL SSN: CONTRATTO DI CONSULENZA LIBERO PROFESSIONALE PSICOLOGA PSICOTERAPEUTA C/O DIPARTIMENTO DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE E AMBULATORIO PSICOTERAPIA INFANZIA E ADOLESCENZA

- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.

Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Data 27/5/2021

In fede FIRMA DOTTORESSA RAFFAELLA RAIMONDI



(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

Il sottoscritto_PORTA ALESSANDRA

Codice Fiscale: PRTLSN75A50C523T

consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,

DICHIARA

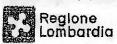
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
- CEDAL DI GALLARATE PRESSO SEDE DI MILANO VIA DEGLI IMBRIANI 31 COME MEDICO PRELEVATORE IN LIBERA PROFESSIONE
- MEDEOR DI CERNUSCO SUL NAVIGLIO DIRETTORE SANITARIO E MEDICO DI MEDICINA ESTETICA IN LIBERA PROFESSIONE
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.

Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Data

07/04/71

In fede FIRMA



ASST Melegnano e Martesana

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

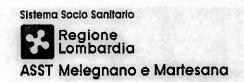
da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

MICHA

PASCULLI

Codice Fiscale PSCNCL 81 A 284926 k
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
- OPPEDALE POUR A CEPARICO ; USBAFFAR VOR BIAGGIC-
-CEUTILO DI DOUO STICO ITALIAVO: ASSISTENZA DUBITESIOLOGICA " A CHIAYATA
- FURDA ASINTANCE - TRAPPORTI S DUMARI - ACHIANAJA
- che l'attività professionale presso dell'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente. Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa. Data 5/5/15/49 In fede FIRMA

da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel



(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome)	Simona Olivieri
Codice Fiscale:	ARODO CARROLLES ESTE SE CONTROLLES DE LA

consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,

DICHIARA

- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
- 1. LIGHEA EOS IMPRESA SOCIALE S.R.L. | libero professionale | conduzione laboratori di arte terapia
- 2. U.O. Sviluppo Organizzativo, Professionale e Formazione AUSL Bologna | libero professionale | docenza durante V Festival Outsider art / arte Irregolare "Artemente"
- 3. SINERESI SOCIETA' COOP SOC | libero professionale | docenza di storia dell'arte c/o Scuola di artiterapie
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.

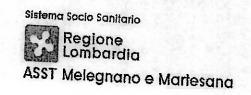
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Data 7/12/2020

In fede FIRMA



II/la sottoscritto/a	AUMUNA	ONETA
Codice Fiscale: N	101NT86A61M1	<u> </u>
consapevole della resp dichiarazioni mendaci o del D.P.R. 28 dicembre 2	onsabilità e delle con di formazione o uso di 2000, n. 445 e delle ult	nseguenze civili e penali previste in caso o atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 7 eriori norme in materia,
	DICH	IIARA
- di intrattenere rapporti pubblici e privati (indica collaborazione):	di collaborazione in qu re denominazione del	ualunque modo retribuiti con i seguenti soggett soggetto, natura del rapporto e oggetto della
ASSOCIAZIONE IT	TO A 189 AVALLA	A ACLE SINDROMI ATASSICHE (A.I.S.
		PROFESSIONALE: TERAPIA & GRUPPO
per i PAZIENTI e	pur loro care	SIVER
oniuge o conviventi, di p apporti di frequentazion	arenti e affini entro il s e abituale, di sogget	ASST Melegnano e della Martesana è svolta nza coinvolgere interessi propri, ovvero del secondo grado, di persone con le quali abbia iti con cui abbia rapporti di credito/debito non riconosciute, comitati, società di cui sia
sottoscritto dichiara infir 16/679, che i dati per clusivamente nell'ambito	ne di essere informato, sonali raccolti saranno del procedimento per i	ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE o trattati, anche con strumenti informatici, il quale la dichiarazione viene resa.
ta		
18/06/2021	In fede	FIRMA Cherdray esta
allegare copia fotostatica o caso di trasmissione in	a di un documento di ic via telematica, posta o	dentità in corso di validità del dichiarante, nel

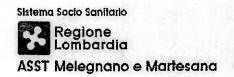


11/1a Sottoso	ritto/a (nome e cognor	ne) PARIACUS	FLA	NICOTRA
Codice Fisca	le: NCTHLS82	C43F839 Z		
onsapevole ichiarazioni el D.P.R. 28	della responsabilità mendaci o di formazio dicembre 2000, n. 44	e delle conseguenz ne o uso di atti falsi 5 e delle ulteriori nor	e civili ai sens me in r	e penali previste in caso di si e per gli effetti dell'articolo 76 nateria,
		DICHIARA		
,,, GDO, GZIO, II	ere rapporti di collabor ivati (indicare denomir e): STRADO : AS c/o	0.0		retribuiti con i seguenti soggetti a del rapporto e oggetto della
295 407088				
Ed. Cor			<u> </u>	DRIO FAHILLARE (5 h SEA)
	112 40	DIRZATOSA CALITA	DAIA(E	(20 N HERE)
		ton i The		
nage o conv Dorti di fre	Iventi, di parenti e affi	ni entro il secondo g	rado.	e della Martesana è svolta interessi propri, ovvero del di persone con le quali abbia a rapporti di credito/debito comitati, società di cui sia
ottoscritto d 6/679, che usivamente	ichiara infine di essere i dati personali racc nell'ambito del procedi	informato, ai sensi olti saranno trattati, mento per il quale la	e per g anche dichiar	li effetti del Regolamento UE e con strumenti informatici, azione viene resa.
15/0				
		In fede FIRMA	12)	1,00 m /100h-
				VULU IIX IIX IIX VIIIX



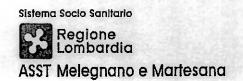
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/a MORATI CRISTIANO
Seido (r.e. doliniaescichic sostifotiona di Africo du Notorietta (Adl A7 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)
A : Maneela Boccotti < nanuda, poccotti piasst-malagnanu-
Codice Fiscale: MRTCST69DZ6FZ0TX
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 7 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
come de accurdi versionici altego ce ARCHIARA a pedificato, de compilare
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggett pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
ASST SANT PAOLO CAMO
ASST MELEGNANO E MARTESANA
COOP SOC ALROMANO
- CCCCQIANO
Li C. S. A Tan Turchi ni a Concentique
X6 34 02 6605 2643
 che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 31.5.2021
In fede FIRMA
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax



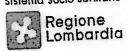
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' (Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
II/la sottoscritto/a (nome e cognome) FMN (882 HAR #SCi)
Codice Fiscale: MRSFNC52A06F317H
Codice Fiscale: 1000 1000 1000 1000 1000 1000 1000 10
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso d dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggett pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
 che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 2-5-14
In fede FIRMA
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax



(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) SARA TORBEILI
Codice Fiscale: TRBSRA91L48M10ZT
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso d dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione): MEDICAL CENTEL LODI - LIBERA PROFESSIONE FONDAZIONE RETINA 3000 - IMPOLIZIONE QUESTICO NELLE MA LATTIE RETINICHE E NEL SIANIONA (ANNO 2019) EDICA SPA - NEXTUSION STEPUF: PROSETTO DI FORMA ONE SU DMPO PEL LA VALIDAZIONE DEI DATI EDEL PROCESSO NEXTUSION PROSETTO: ANNUALE (2019)
 che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 03/12/19 In fede FIRMA Suptabelly



ASST Melegnano e Martesana

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

do compilarsi a cura di	consulenti/collaboratori professionali
ua compnaiore est	

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) DR BELLOFIORE SANTO

co specaliste in Amesterie Rianimezione con

- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.

Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Data 28/11/2019

In fede FIRMA



(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) Silvia Paola Pedercini

Codice Fiscale: PDRSVP75H50F205V

consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,

DICHIARA

- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):

ISTITUTI CLINIZI ZUCCHI CERBA HEALTHCARE

- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.

Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Data 23/11/2020

In fede FIRMA



(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

Il/la sottoscritto/a CAPPADONNA VALERIA Codice Fiscale: CPPVLR82D67C351A

consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,

DICHIARA

 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):

COOPERATIVA ARTI E MESTIERI SOCIALI-PRESSO COMUNE DI PESCHIERA BORROMEO- SERVIZIO MINORI E FAMIGLIA- RAPPORTO DI LAVORO: DIPENDENTE CON CONTRATTO A TEMPO INDETERMINATO

che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.

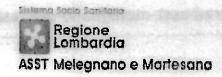
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'arnbito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Data 7/4 2021

In fede FIRMA

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

(Met 1) Bit in 20 decimal 2000 in 115)
da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) MASSING FERRARI
Codice Fiscale FRRASA74R34I690J
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
ATS PROVINCIA DI PAVIA (CONSULENZA IN QUALITÀ DI MEDICO COMPETEN ISTITUTI PENITENZIARI DE LLA PROVINCIA DI PAVIA (" " " " " " " " " " " " " " " " " "
ENDAMENT MITCHINI (") CASE M CURA SANT'ANDMIND E PRIVADA FLACKNEZ (")
- che l'attività professionale presso dell'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 22.7.2019 In fede FIRMA ###



(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

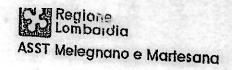
da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) ANTONIO VARRELLA
Codice Fiscale: VRRNTN 49H09A78314
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione): ARECO PROFESSIONALE IN OST. MINI-
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 30-X-80 Months
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel

solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax



(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a	MARA	RANDAZZO
1710 0000000112070		
		160 / 160 /
RN	NCHR7	9641 F 205 U
Codice Fiscale:		
dichiarazioni mendaci d	o di formazione	delle conseguenze civili e penali previste in caso de o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 70 de delle ulteriori norme in materia,
		DICHIARA
 di intrattenere rappor pubblici e privati (indi collaborazione): 	rti di collaboraz care denomina	cione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggett zione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della
5705	10 PR	IVATO
nell'esclusivo interesse coniuge o conviventi, o rapporti di frequenta	e dell'Azienda di parenti e affi zione abituale, enti, associazi	l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero de ini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito oni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia
2016/679, che i dati	personali racc	e informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento Ul colti saranno trattati, anche con strumenti informatici imento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 10/9/20	20	- Plank Robe
		In fede FIRMA Chiene Kan Colv
da allegare copia fotos solo caso di trasmission	tatica di un doc	cumento di identità in corso di validità del dichiarante, ne



(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/co	illaboratori professionali	17160
Il/la sottoscritto/a (nome e cognome)	ROBERTO	PANKI

Codice Fiscale

consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,

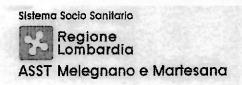
DICHIARA

- di introttenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (Indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della

A/ >1	
MONCACUNE CONSULTING (ROM)	
- IN CONSULTIVIC ROLL	d
PORT COOP (BONDSOLD LA)	T/
1 80/10/2010 / A	,
-NOVA MENON	
NOVA MOBICA (BOLOGNA)	
60111	
GOHAND ON STRUCK PROPERSION	
GUARNES TO TROPOSTO	VAG
GUARNE OSTETRICIA	.,
- che l'attività professionale proces della	

- che l'attività professionale presso dell'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.

Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, al sensi e per gli effetti del D.l.gs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'arribito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.



(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

Il sottoscritto Alexis Paulinich

Codice Fiscale: PLNLXS80D21D150V

consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsì ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,

DICHIARA

- di svolgere attività libero professionale retribuita presso il mio studio privato di Psicoterapia, sito in Cremona in via degli Argini n.1
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.

Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Data 01/12/2020

In fede FIRMA Alfaul



(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

La sottoscrittaILARIA VARISCO
Codice Fiscale:VRSLRI74H51C523D
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
-Attività libero professionale presso studio privato
-ASST Vimercate - Consultorio Familiare di Carate Brianza (MB) incarico libero professionale in qualità di Psicologa, Psicoterapeuta, Progetto Regionale Adolescenti e Famiglia
-Fondazione Don Silvano Caccia, Consultorio Familiare di Merate, (rapporto in risoluzione) incarico libero professionale in qualità di Psicologa Psicoterapeuta
 che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
In fede FIRMA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' (Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi	a cura di consulent	LI/ CONADOLATOIT PLOIS	2331011a11	

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) VERONICA TRESOLD
The state of the s
Codice Fiscale: TRSVNC8GDGSF119E
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione): AD OGGI:
COOPERATIVA SOCIALE AERIS, COLLABORAZIONE LIBERO PROFESSIONAL
ARMONIA ONLUS COULABORANONE UBERO PROFESSIONALE
UNIVERSITÀ TELEMATICA ECAMPUS, COLLABORANONE OCCASTONALE
MATTIVITÀ PRIVATA (STUDIO-FORMAMONE-)
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data <u>30/20/2020</u>
In fede FIRMA Year Shoan
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax

Regione Lombardia ASST Melegnano e Martesana

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/o	collaboratori p	<u>rofessionali</u>	
-II/la sottoscritto/a (nome e cognome) _	AYUAT	SAWATORE	

Codice Fiscale_(NVTNY 87 L69 C 632W

consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,

DICHIARA

- di Intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della

reducionic SAM DONATO CPA IRCES con Lode	
	
Dal 1/1/ la alle soir attuste	111.00
Listing Double Control	
Official - Medica L hyella Cardiologia	

- che l'attività professionale presso dell'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.

Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

In fede FIRMA

Regione Lombardia ASST Melegnano e Martesana

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

HAIT make	collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/a (nome e cognome)	MATTEO CASENCHI
iodice Fiscale CSNMTT 800	
	1345013
onsapevole della responsabilità e di ichiarazioni mendaci o di formazione o el D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e c	elle conseguenze civili e penali previste in caso d uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 delle ulteriori norme in materia,
	DICHIARA
li intrattenere sannati di uni	
	ne in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti ne del soggetto, natura del rapporto e oggetto della
CAPDIOLOGO SAL	ONATO, ATTIVITA' LIBERO PROFESSION
	E-12 TO FESSION
e l'attività professionale presso dell'A	Zíenda ASST Mologo
orti di franzia, di parenti e affini en	zienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta sa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del itro il secondo grado, di persone con le quali abbia soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito nche non riconosciute, comitati, società di cui sia
orti di frequentazione abituale, di sicativi, ovvero di enti, associazioni al nistratore o gerente o dirigente.	itro il secondo grado, di persone con le quali abbia soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito nche non riconosciute, comitati, società di cui sia
orti di frequentazione abituale, di si icativi, ovvero di enti, associazioni al nistratore o gerente o dirigente. toscritto dichiara infine di essere i 003, che i dati personali raccolti si ivamente nell'ambito dei procedimenti	ntro il secondo grado, di persone con le quali abbia soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito nche non riconosciute, comitati, società di cui sia informato, al sensi a per eli eti in controlle di cui sia informato, al sensi a per eli eti in controlle di cui sia informato, al sensi a per eli eti interesi al controlle di cui sia informato, al sensi a per eli eti interesi al controlle di cui sia informato, al sensi a per eli eti interesi al cui sia informato, al sensi a per eli eti interesi al cui sia informato.
orti di frequentazione abituale, di sicativi, ovvero di enti, associazioni al nistratore o gerente o dirigente. toscritto dichiara infine di essere i dotto di dati personali raccolti sivamente nell'ambito dei procedimenti	itro il secondo grado, di persone con le quali abbia soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito nche non riconosciute, comitati, società di cui sia
orti di frequentazione abituale, di si icativi, ovvero di enti, associazioni al inistratore o gerente o dirigente. toscritto dichiara infine di essere i 1003, che i dati personali raccolti si ivamente nell'ambito del procedimenti	ntro il secondo grado, di persone con le quali abbia soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito nche non riconosciute, comitati, società di cui sia informato, al sensi a per eli eti in controlle di cui sia informato, al sensi a per eli eti in controlle di cui sia informato, al sensi a per eli eti interesi al controlle di cui sia informato, al sensi a per eli eti interesi al controlle di cui sia informato, al sensi a per eli eti interesi al cui sia informato, al sensi a per eli eti interesi al cui sia informato.
orti di frequentazione abituale, di sicativi, ovvero di enti, associazioni al nistratore o gerente o dirigente. toscritto dichiara infine di essere i dotto di dati personali raccolti sivamente nell'ambito dei procedimenti	ntro il secondo grado, di persone con le quali abbia soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito nche non riconosciute, comitati, società di cui sia informato, al sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. aranno trattati, anche con strumenti informatici, o per il quale la dichiarazione viene resa.
orti di frequentazione abituale, di sicativi, ovvero di enti, associazioni al inistratore o gerente o dirigente. toscritto dichiara infine di essere i dolla contratore i dati personali raccolti sivamente nell'ambito dei procedimenti	ntro il secondo grado, di persone con le quali abbia soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito nche non riconosciute, comitati, società di cui sia informato, al sensi a per eli eti in controlle di cui sia informato, al sensi a per eli eti in controlle di cui sia informato, al sensi a per eli eti interesi al controlle di cui sia informato, al sensi a per eli eti interesi al controlle di cui sia informato, al sensi a per eli eti interesi al cui sia informato, al sensi a per eli eti interesi al cui sia informato.
orti di frequentazione abituale, di sicativi, ovvero di enti, associazioni al nistratore o gerente o dirigente. toscritto dichiara infine di essere i 003, che i dati personali raccolti sivamente nell'ambito del procedimenti	ntro il secondo grado, di persone con le quali abbia soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito nche non riconosciute, comitati, società di cui sia informato, al sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. aranno trattati, anche con strumenti informatici, o per il quale la dichiarazione viene resa.

trasmissione in via telematica, posta o fax

AUTORI 220 PUBBLI CAZIONE SHUTTLE



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' (Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
--

solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax

II/la sottoscritto/a TCHOKOTHE	POUNGOUE	CLEMENCE	HERMINE
Codice Fiscale :_ TCHCMN86B50Z3	3060	*	
consapevole della responsabilità dichiarazioni mendaci o di formazio del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 44	ne o uso di atti	falsi al sensi e p	er all effetti dell'articolo 76
	DICHIA	RA	
 di intrattenere rapporti di collabor pubblici e privati (indicare denomi collaborazione): 	razione în qualur nazione del sog	nque modo retrib getto, natura de	pulti con i seguenti soggetti il rapporto e oggetto della
- KOS CARE: RAPPORTO LIBER	A PROFESSIO	NE GUARDIE N	MEDICHE
 che l'attività professionale press nell'esclusivo interesse dell'Aziendi coniuge o conviventi, di parenti e a rapporti di frequentazione abitual significativi, ovvero di enti, associa amministratore o gerente o dirigenti 	a stessa, senza iffini entro il sec e, di soggetti izioni anche non	coinvolgere ini ondo grado, di p con cui abbia	teressi propri, ovvero del tersone con le quali abbia rapporti di credito/debito
Il sottoscritto dichiara infine di esse 2016/679, che i dati personali ra esclusivamente nell'ambito dei proce	iccolti saranno i	trattati, anche d	on strumenti informatici.
Data 15/08/2021	În fede FI	RMA SC	hema
Da allegare copia fotostatica di un d	ocumento di Ide	atità in carec di .	ralidità dal dishinante est



(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
II/la sottoscritto/a GIMMOTTI CLAUDIO
Codice Fiscale: <u>GNT CLD 90D25 A3260</u> ; consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione): - UNI 141: Contratto di periodi Annone - AST VAL PADANA (antimuti an Menale)
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente. Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
30/9/21 In fede FIRMA 5 ~ anotto

da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel

solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax



(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

<u>i professionali</u>
<u>i professionali</u>

II/la sottoscritto/a (nome e cognome) 250LT MACYGAN
Codice Fiscale: MCY 217 78 13 15 2 129x
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
- COOP. AD NURSING - COLLATSORATORE - INTERMICRE P.
-CL. COLUMBUS - COLLABORATORE -INFERMIEREP.
The state of the s
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data _ 24.03.2021
In fede FIRMA Wyy 3
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax



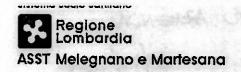
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

<u>da compilarsi a cura di</u>	consulenti/collaboral	ori professionali	
Il/la sottoscritto/a	TALLIM	MATTED	
Codice Fiscale: TL	LMTT92C07C	523N	<u> </u>
consapevole della respor dichiarazioni mendaci o di del D.P.R. 28 dicembre 20	TOTOMAZIONE A DEA ALSE	Traici oi comoi a man -	li previste in caso d li effetti dell'articolo 76
	DICHIA	IRA	
 di intrattenere rapporti di pubblici e privati (indicare collaborazione): 	i collaborazione in qualt denominazione del so	Inque modo retribuiti e ggetto, natura del rap	con i seguenti soggetti oporto e oggetto della
			The state of the s
 che l'attività professiona nell'esclusivo interesse del conluge o conviventi, di par rapporti di frequentazione significativi, ovvero di enti, amministratore o gerente o 	renti e affini entro il sec abituale, di soggetti	convolgere interess condo grado, di persor	si propri, ovvero del ne con le quali abbia
Il sottoscritto dichiara infine 2016/679, che i dati persi esclusivamente nell'ambito d			
Data 31/3/2021			
	In fede FI	RMA TOLL	Miller
da allegare copia fotostatica			



(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/a KOLici SPIRo ;
Codice Fiscale: KLC SPR B1L 15 Z100 Q ;
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione): CASA DELL'ANZIANO SAN CAMILLO CARVEATE VIA: DELLA CAPPELLETTA 5.
VIV. BEECH CHIECUTA
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data
26/03/2021 In fede FIRMA Kolis Jain



(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
II/la sottoscritto/a ELENA ANDREAS (
Codice Fiscale: NDR LNE9 5T66 (274A
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggett pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione): - AKOE DI DOTT. CLAUDIO BOLENTI E CO S.A.S RAPPORTO DI COLLABORAZIONE UBERO - PROFESSIONALE
che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente. El sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
In fede FIRMA Anotreso 28 ha



(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) ALESSIA GROPPELLI

Codice Fiscale: GRPLSS69D49F205Z

consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,

DICHIARA

- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
 lavorare presso il mio studio privato
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.

Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Data 23 novembre 2020

In fede FIRMA

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
II/la sottoscritto/a (nome e cognome) Marchesi Roberto
Codice Fiscale: MRCRRT93A18A794I
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione): Salmoiraghi e Viganò - contratto detrminato - ottico ed addetto vendite
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 12/03/2021
In fede FIRMA Marchesi Roberto



(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/a ANNA PETROSINO ;
Codice Fiscale: PTRNNA 77 049 B6390
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione);
SOCIO CAVORATORE 9 ORE A SETTIMANA DI INTERVENTO
LAWA 5
CONSULENTE ACTETERAPEUTA 8 ORE AL MESE FONDARIONE PAPA GIOUANNI XXIII VALBREMBO VIA ITALIAS (BG)
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 30/03/2021
In fede FIRMA Anno Petroso
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel

solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax



(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

<u>da compilarsi</u>	cura di	i consulenti/collaboratori	professionali
----------------------	---------	----------------------------	---------------

	Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) ANNEA colombo
	Codice Fiscale: CLMNDR91H22C351B
	consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
	DICHIARA
	 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
1	che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia apporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
	I sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
	Pata 12 03 2021
	In fede FIRMA COLOR ON COLOREA
d	a allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel plo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) Jonathan francesco Toscaro
Codice Fiscale TSC JTH 904 15 F 205 W
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso d dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione): Sostituto MMG per ATS Milauo
- che l'attività professionale presso dell'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa
Data 11/03/21
In fede FIRMA



(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

II/la sottoscritto/a FRANCESCA CODAZZI

Codice Fiscale: CDZFNC78B63E648I

consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,

DICHIARA

 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione);

ELENA GIUDICE Via Giambellino 6 – 20146 Milano CF GDCLNE76D59F205H P.IVA 06901140969 – collaborazione occasionale – gestione segreteria formativa di Assistente Sociale Privato

- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.

Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Data 11/03/2021

In fede FIRMA



(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
II/la sottoscritto/a ROBERTA ANIERI
Codice Fiscale: NRARRT 92E610912U
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
- ASST VIMERCETTE C/O USUPIA BESANA BRIANTA
PAL 25/02/2019 AD OGG 208/50
201780
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 15 03 21
In fede FIRMA Soberta Seuch
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di volidità dal diabino di



(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

II/la sottoscritto/a LEO LOREDANA

Codice Fiscale: LEOLDN84H47L113A

consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,

DICHIARA

- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
- · denominazione Ente: pubblico asst Melegnano e Martesana UONPIA polo di S. Donato Milanese
- · profilo professionale: LOGOPEDISTA
- · tipologia del rapporto: LIBERA PROFESSIONE
- · denominazione Ente: Istituto privato convenzionato, FONDAZIONE DON CARLO GNOCCHI
- profilo professionale: LOGOPEDISTA
- · tipologia del rapporto: LIBERA PROFESSIONE
- denominazione Ente: privato CENTRO STUDI POLIFUNZIONALE SAPIENZA
- · profilo professionale: LOGOPEDISTA
- tipologia del rapporto: LIBERA PROFESSIONE
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.

Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Data	24.03.2021			,	
		In fede FIRMA	Lo	Jacoan	



(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)
da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/a ORLETTA CINZLA FACINCANI
Codice Fiscale: FCN RTC 55A 62F 205R
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione): COOPERATIVA ARTELIER: 20 oce al mese mi alla di NPI mello commisso terrapendo e di NPI mello commisso terrapendo e di NPI mello commisso terrapendo e di NPI mello commisso della mese mi alla di NPI mello commisso di NPI mello commisso.
 che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 23-03-21
In fede FIRMA And allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel



(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/aAnnalisa Magni
Codice Fiscale: MGNNLS68P56F704A
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
Poliambulatorio Verasalus -logopedista libera professione
Studio Logos -logopedista libera professione
che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia apporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito ignificativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia imministratore o gerente o dirigente.

Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Data 23 marzo 2021

In fede FIRMA

Amalese Horger

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
Ił/la sottoscritto/a;
Codice Fiscale: RSLDNL82L48B963R ;
Codice FiscaleKSLDNL62L46B963K;
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
U.O. di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza della Fondazione IRCCS Cà Granda - Ospedale Maggiore Policlinico Psicologa Psicoterapeuta, Contratto libero professionale di 900 ore annue sul progetto regionale "Presa in carico integrata di adolescenti con disturbi psichiatrici"
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data
08/04/2021 In fede FIRMA Dreich Rosella
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax

autorizzo la pubblicazione dei dati sul sito aziendale e sui siti ministeriali

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/o	collaboratori prof	<u>essionali</u>	
Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _	CAMILLA	BERTINO	

est soluboratori professionali
II/la sottoscritto/a (nome e cognome) <u>CAMIUA</u> BERTINO
$\rho_{0} = 0$
Codice FiscaleBRTCU92D67F20SU
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
- che l'attività professionale presso dell'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 11 / 2 / 21
In fede FIRMA Carille berhi

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

2000 n. 445)
da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
II/la sottoscritto/a (nome e cognome) VALTITIA CAMPOROTA
Codice Fiscale CMPVNT 86 T456 388 U
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
- che l'attività professionale presso dell'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 18 01 707 1
In fede FIRMA Bleutine Conjour

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome)	MONICA	PIMPINI
CONSADAVAIA dati-	C67R 48H	
2000, 11. 445 e delle t	ilteriori norme in mate	penali previste in caso o per gli effetti dell'articolo 7 ria,
	HIARA	
 di Intrattenere rapporti di collaborazione in pubblici e privati (indicare denominazione de collaborazione): 	qualunque modo retrib el soggetto, natura de	puiti con i seguenti soggetti Il rapporto e oggetto della
COOP LOTTA CONTRO L'	EMARGINAZ	1000
		JUNE .
		NONE -
che l'attività professionale presso dell'Aziend ell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, so niuge o conviventi, di parenti e affini entro il pporti di frequentazione abituale, di sogge pnificativi, ovvero di enti, associazioni anche nministratore o gerente o dirigente.	a ASST Melegnano e enza coinvolgere inte secondo grado, di pe etti con cui abbia ra non riconosciute, con	della Martesana è svolta ressi propri, ovvero del rsone con le quali abbia pporti di credito/debito nitati, società di cui sia
che l'attività professionale presso dell'Aziend ell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, se miuge o conviventi, di parenti e affini entro il pporti di frequentazione abituale, di sogge milicativi, ovvero di enti, associazioni anche ministratore o gerente o dirigente. sottoscritto dichiara infine di essere inforn 6/2003, che i dati personali raccolti saranriusivamente nell'ambito dei procedimento per	a ASST Melegnano e enza coinvolgere inter secondo grado, di per etti con cui abbia ra non riconosciute, con	della Martesana è svolta ressi propri, ovvero del rsone con le quali abbia pporti di credito/debito nitati, società di cui sia
che l'attività professionale presso dell'Aziend ell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, so niuge o conviventi, di parenti e affini entro il pporti di frequentazione abituale, di sogge spificativi, ovvero di enti, associazioni anche iministratore o gerente o dirigente.	a ASST Melegnano e enza coinvolgere inter secondo grado, di per etti con cui abbia ra non riconosciute, con	della Martesana è svolta ressi propri, ovvero del rsone con le quali abbia pporti di credito/debito nitati, società di cui sia

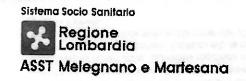
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

		5)
da compilarsi a cura di consulenti/colla	boratori professio	ilen
Il/la sottoscritto/a (nome e cognome)	GLORIA	<u>LANZAMOVA</u>
Codice Fiscale LN 2GLR 96 B (
consapevole della responsabilità e delle c dichiarazioni mendaci o di formazione o uso del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle u	onseguenze civili e di atti falsi ai sensi Ilteriori norme in ma	e penali previste in caso d e per gli effetti dell'articolo 76 iteria,
	HIARA	
di intrattenere rapporti di collaborazione in o pubblici e privati (indicare denominazione de ollaborazione):		-a. Imphoren e addepty yella
COLLABORAZIONE IN LIBER ATTIVITÀ SPORTIVE CONCOR DI PROHOZIONE SOLIALE PI	A PLOTESSIO EZZO -C.A.S A GEMMAIO	NE CON COORDINAL C. ASSOCIAZIONE 2021 A MACGIO
che l'attività professionale presso dell'Aziend l'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, se niuge o conviventi, di parenti e affini entro il porti di frequentazione abituale, di sogge nificativi, ovvero di enti, associazioni anche ministratore o gerente o dirigore	Secondo arado 3:	propri, ovvero del
ministratore o gerente o dirigente.	non riconosciute, c	rapporti di credito/debito omitati, società di cui sia
ottoscritto dichiara infine di essere inform /2003, che i dati personali raccolti sarann usivamente nell'ambito del procedimento per	non riconosciute, co	omitati, società di cui sia
ottoscritto dichiara infine di essere inform/2003, che i dati personali raccolti sarannusivamente nell'ambito del procedimento per	non riconosciute, co nato, ai sensi e pe no trattati, anche c il quale la dichiarazi	omitati, società di cui sia



(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/aDI LAURO ROSALBA
Codice Fiscale:DLRRLB81E70I483N
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggett pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
COLLABORAZIONE LIBERO PROFESSIONALE CON IL COMUNE DI RODANO SERVIZIO MINORI E FAMIGLIA ATTIVITA' DI PSICOLOGA CONSULENTE
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data _27.05.2021
In fede FIRMA Di Duo Roselbe



(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/aEmanuela Di Gesù
Codice Fiscale:DGSMNL77T69F205A
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
 ASST MELEGNANO MARTESANA: psicologa a collaborazione AFOL Metropolitana: psicologa a collaborazione (coordinatrice fasce fragili e sportello d'ascolto scolastico) Studio Privato
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data12 Maggio 2021
In fede FIRMA
A i Manuela Boccotti <manuela boccotti@assi="" td="" •melegirano-<=""></manuela>
NOTORIETA' (Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)
Oggetto : Re: DICHE/RAZIONE SOSTITUTION DI ALTO DI
Emonuela Di Geni

(art. 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il sottoscritto DE LEONARDIS CHRISTIAN

CF: DLNCRS76B26G482E

consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. del 28 dicembre 2000 n° 445 e delle ulteriori norme in materia,

DICHIARA

- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati:

· da luglio 2017

Centro Medico Polispecialistico HTC di Stradella (PV). Ente privato. Attività medica specialistica di collaborazione tipo libero professionale.

da luglio 2017

Centro Medico Polispecialistico Lodisalute (LO). Ente privato. Attività medica specialistica di collaborazione di tipo libero professionale.

da luglio 2017

Attività libero professionale di medico specialista ambulatoriale in Ginecologia e Ostetricia presso il Centro Clinico Minerva di Pavia.

da gennaio 2018

Consultorio "Psicologica" di Pavia. Ente privato accreditato col SSN. Attività medica di collaborazione di tipo libero professionale. Tempo parziale (6 ore settimanali).

- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.

Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Pavia, il 24/08/2020

ILIDICHIAR CHTE



(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

La sottoscritta D'ANCHISE VALERIA CAMILLA

Codice Fiscale: DNCVRC75D62F205P

consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,

DICHIARA

- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
- ASST NORD MILANO CONTRATTO LIBERO PROFESSIONALE SUI PROGETTI REGIONALI PRESSO UONPIA CUSANO MILANINO E COLOGNO MONZESE
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.

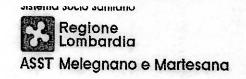
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Data 1-6-2021

In fede FIRMA Jalva Deluchi Se

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/a Diego Cominardi
Codice Fiscale: CMHDGi 69M 13B 094 G
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
- Cooperativa Sociale Atipica
· Contratto di consulenta come pricolejo
hell aubito del Servitro de Tatela Minori
del Polo Consormale de Albiate (M.B.)
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del conluge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 08/06/2021
In fede FIRMA



da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
II/la sottoscritto/a (nome e cognome) EHore (un telleum
Codice Fiscale: CST TTR 54 A 30 G 273 E
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 03-05-2019
In fede FIRMA More fulluda allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax

	(
da compilarsi a cura	di consulenti/colla	boratori professionali	DOTT. YVO CASTAGNA
Il/la sottoscritto/a	CASTAGNA	Yro	Ordine del Medici (MI) nr. di Iscrizione 38723
Tij id Sociosericio, d			
		1 0 7 110	A 1
Codice Fiscale:	CST YVO	51622 Z 110	<u></u>
dichiarazioni mendaci	o di formazione o us	conseguenze civili e pena o di atti falsi ai sensi e per g e ulteriori norme in materia,	ali previste in caso di gli effetti dell'articolo 76
	D:	ICHIARA	
- di intrattenere rapp pubblici e privati (inc collaborazione):	orti di collaborazione dicare denominazione	in qualunque modo retribuiti del soggetto, natura del ra	con i seguenti soggetti apporto e oggetto della
RSA BUR	S	qualche guardia me	
RGA AL	1 BROSIAN A	(solo qualdre que	die medico
(17	edi C. Mel		
nell'esclusivo interes coniuge o conviventi rapporti di frequent significativi, ovvero amministratore o ger	sse dell'Azienda stess , di parenti e affini er azione abituale, di di enti, associazioni a rente o dirigente.	enda ASST Melegnano e de sa, senza coinvolgere inter- ntro il secondo grado, di per- soggetti con cui abbia rap anche non riconosciute, com	sone con le quali abbia pporti di credito/debito nitati, società di cui sia
2016/679 cho i da	iti nersonali raccolti	ormato, ai sensi e per gli eff saranno trattati, anche con nto per il quale la dichiarazion	ne viene resa. Dott. Yvo Casta
Data 7 & APR, 20	21	In fodo EIDMA	Ordine dei Medici (I
		In fede FIRMA	I del dishiamento nol
da allegare copia fot solo caso di trasmiss	ostatica di un docume sione in via telematica	ento di identità in corso di va , posta o fax	yorta dei picniarante, riei



(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
II/la sottoscritto/a _SILVIA CARNEVALI
Codice Fiscale:CRNSLV79D50F205R
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione): Nessun altro al di fuori di ASST Melegnano e Martesana
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data06/05/2021
In fede FIRMA

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

Il/ia sottoscritto/a Doff. BORDEIN LLADIA IN

Codice Fiscale: BLD VD M 61 C 08 2 154 N

consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,

DICHIARA

- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):

PAULLO- MEDICO MELLO _ MEDICO DI MOG 14 CA DICO DO - LIBERDO

- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.

Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

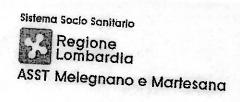
02 11 WW

In fede FIRMA

da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel

ASST MELEGNANO e della MARTESANA Midico Distrettuale C.F. BRD VDM 61C08 Z154N

Cell. 335 8127003

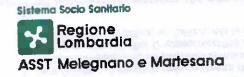


DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' (Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

ua compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
11/1d Sottoscritto/a (nome a name)
(nome e cognome) 1964) (PSTANT, W
Codice Fiscale: BLS CTH 31 120 6207A
Consanevole dollo
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenera
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
- che l'attività professionale presse l'a
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 29/4/201)
In fodo Finan III III II
da allegare conia fotostatica di
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
II/la sottoscritto/a CATERINA BIECCI
Codice Fiscale: BUCRN69H41F1196
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 21 06 2021
In fede FIRMA dr. 18 Colorius Biell



da compilarsi a cura di consulenti/	<u>collaboratori professionali</u>
II/la sottoscritto/a BERSANI	YARISTEUA
in in socioscitico de la companya de	
Codice Fiscale: BRS745T-85	164F205I
consapevole della responsabilità e d dichiarazioni mendaci o di formazione del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e	delle conseguenze civili e penali previste in caso di o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 e delle ulteriori norme in materia,
	DICHIARA
pubblici e privati (indicare denomina:	ione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti zione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della
collaborazione):	SO, INCARICO LIBERO- PROFESSIONAR
PER VALUTAZIONI COEN	ON INCARICO CIBERO- PROFESSIONAR
Lifenacification radio mail money	BY IN SUDIO PRIVATO
- ATTUITA DI PSICOTERI LLIBERA PROFESSIONE	
The state of the s	comp de pageticisarellogio de comolino.
- Contraction of	
The second of th	DESTRUCTION OF STREET AND SECURITIES OF STREET OF STREET AND SECURITIES.
nell'esclusivo interesse dell'Azienda coniuge o conviventi, di parenti e affi	l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del ini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia , di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito ioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia
2016/679, che i dati personali racci esclusivamente nell'ambito dei proced	e informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE colti saranno trattati, anche con strumenti informatici dimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 115/201	
Data The State Sta	In fede FIRMA Moustello Bescoe
da allegare copia fotostatica di un do solo caso di trasmissione in via telem	cumento di identità in corso di validità del dichiarante, ne

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) Anna Arezzo

CodiceFiscale: RZZNNA75L68G224G

consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,

DICHIARA

- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):

PIRELLI INDUSTRIE PNEUMATICI medico del lavoro
GRUPPO RECORDATI SPA medico del lavoro
BSM BITISH SCHOOL OF MILAN medico del lavoro
STUDIO DENTISTICO SMILE & HEARTH (DOTT.SSA MARICONTI) medico del lavoro
INAC PATRONATO consulenza medico-legale

- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del conluge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.

Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Data 25/2/2019

In fede FIRMA

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

Il/la sottoscritto/a Maria Rosa Andreani

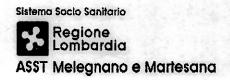
Codice Fiscale: NDRMRS55E67F205M

consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,

DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
CLO COOPSOCIALE ROLLE HOUATE MILANESE TERARAMSTA DELLA NEURO PSICO MOTRICATA
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 08.02.2021In fede FIRMA Wester OSO Select

da compilarsi a cura di consulenti/collabo	oratori professionali
--	-----------------------

II/la sottoscritto/a (nome e cognome)
Codice Fiscale: TSTMNL73 C 48A 859A
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso d dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
ASST MERGNAND MARTERANA USP 33 AMBULATORIO PSICHIATEROS
DI TREGNAMO
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, socletà di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 07 11 2020
In fede FIRMA MOUNTE
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax



(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

Il/la sottoscritto/a GIORGIA RODOLFI

CodiceFiscale: RDLGRG71C63G337A

consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi al sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,

DICHIARA

- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):

Libero professionali di neuropsicologia presso ASST Melegnano-Martesana e nel mio studio privato.

- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del conluge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.

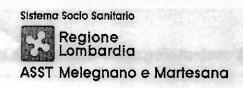
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Data 07/11/2018

In fede FIRMA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' (Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/col	<u>laboratori prof</u>	<u>fessionali</u>
II/la sottoscritto/a (nome e cognome)	Barbara	marches?
		LANDENS ENDER STREET
Codice Fiscale: MRCBBR7	1L63B3	930
consapevole della responsabilità e delle dichiarazioni mendaci o di formazione o u del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e del	so di atti falsi al	sensi e per gli effetti dell'articolo 70
consultat à franchistration de	ICHIARA	
 di intrattenere rapporti di collaborazione pubblici e privati (indicare denominazione collaborazione): 		
agtion analysism TELA	ma, cons	ulaura libero profes
sionale come by: colore	DE COter	apeuta do voc
Ps-chiatria-Melo (vol'3		
- che l'attività professionale presso l'Azie nell'esclusivo interesse dell'Azienda stess coniuge o conviventi, di parenti e affini en rapporti di frequentazione abituale, di significativi, ovvero di enti, associazioni a amministratore o gerente o dirigente. Il sottoscritto dichiara infine di essere info 2016/679, che i dati personali raccolti se esclusivamente nell'ambito del procedimente.	ra, senza coinventro il secondo gi soggetti con cu nche non ricond rmato, ai sensi e saranno trattati,	olgere interessi propri, ovvero del rado, di persone con le quali abbia il abbia rapporti di credito/debito osciute, comitati, società di cui sia e per gli effetti del Regolamento UE, anche con strumenti informatici.
Data 13, 11, 2020	- Alan	Dag = 200 p
1	n fede FIRMA	BMarles
da allegare copia fotostatica di un documen solo caso di trasmissione in via telematica,	to di identità in posta o fax	corso di validità del dichiarante, nel



(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

La sottoscritta ARIANNA MANGIAROTTI

Codice Fiscale MNGRNN82E64M102C

consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,

DICHIARA

- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
- denominazione Ente: ASST Melegnano e Martesana Presidio ospedaliero di Vizzolo Predabissi (MI), via Pandina n 1 (ente pubblico)
- profilo professionale: PSICOLOGA PSICOTERAPEUTA
- tipologia del rapporto: libera professione, tempo parziale
- denominazione Ente: Studio privato consulenza psicologica e psicoterapia
- profilo professionale: PSICOLOGA PSICOTERAPEUTA
- tipologia del rapporto: libera professione, tempo parziale
- che l'attività professionale presso dell'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.

Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Data 29 novembre 2020

In fede

Haragna someway



(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
II/Ja sottoscritto/ja PIERLVIGH GORGI;
Codice Fiscale: GRG-PLG-90T-30B-988E ;
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
- ASSOCIAZIONE PAVESE PER LA CURA DEC DOLORE "LINO SARTARI" ONLU. (PAVIA) - ASSISTENZA DIMICILIARE
-DOTENTE CORSI OSS-ASA-ASS. FAMIL WITHTO Sonta Chiora pohera
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensì e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 29/3/2021
In fede FIRMA
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel

solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/a nanco Marget;
Codice Fiscale: 10CH4C66743F754C ;
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
Coolso 105 - raporto liboro professionale
PRIVATA ASSISTONIA - rapporto libero profesena
ROPARU LA VISCONTOA - trafforto libero profession
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 26/3/2071 In fede FIRMA Mouieon Mocalise da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel
solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax

da compilarsi a cera	diggregation for	"aboratori professionali
Il/la sottoscritto/a (non	ne e cognome)	ROBERTO OLDANI
Codice Fiscale:	LDNRRT75R2	6E801L
	u namentalise i	le conseguenze civili e penali previste in caso di uso di atti falsi al sensi e per gli effetti dell'articolo 76 die ulteriori norme in materia,
	-	CIGHIARA
collaborazione):	are denominazion	e in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti ne del soggetto, natura del rapporto e oggetto della
		/
coniuge o conviventi, di rapporti di frequentazio significativi, ovvero di e amministratore o gerente	parenti e affini er nos abituale, di nu, associazioni s e o dirigente.	enda ASST Melegnano e della Martesana è svolta sa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del ntro il secondo grado, di persone con le quali abbia soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito mche non riconesciute, comitati, società di cui sia
esclusivamente nell'ambit	CISUMEN LUCEUM: 9	ormato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE saranno trallati, anche con strumenti informatici, to per il quale la dichiarazione viene resa.
Data22/03/2021_		0.1
	1	In fede FIRMA Chate Odai
da allegare copia fotostati solo caso di trasmissione	ica di un documen In via telematica,	nto di identità in corso di validità del dichiarante, nel posta o fax

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/a 1815SANA EWIA
Codice Fiscale: MSSLVE 73 DS3 I SO4U
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso d dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
OSPEDALE SAN RAFFAELE , LANGRO DIREND.
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data
23/03/2021 In fede FIRMA The



(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/	collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/a 10154 Rusco	
	,
Codice Fiscale: RSC LSU 6HT	66 I 274 B
	lelle conseguenze civili e penali previste in caso d o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 delle ulteriori norme in materia,
	DICHIARA
 di intrattenere rapporti di collaborazio pubblici e privati (indicare denominazi collaborazione): 	one in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggett ione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della
6.0	
E-4	
nell'esclusivo interesse dell'Azienda st coniuge o conviventi, di parenti e affini rapporti di frequentazione abituale, d	Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta tessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del i entro il secondo grado, di persone con le quali abbia di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito ni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia
2016/679, che i dati personali raccol	informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE lti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data	
18ab, 50, 29	In fede FIRMA Russauj
	mento di identità in corso di validità del dichiarante, nel

solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

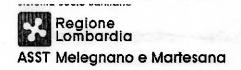
da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/a PORTA ENGEMO RAFFAELE
Codice Fiscale: PRTGRF61B03B2925
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 7 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggeti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
NESSUNA ATTIVITÀ ATTVALMENTE IN ESSERE
 che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero de coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debita significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento Ul 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data
Data 23/3/21 In fede FIRMA Pock By.
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, ne



(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/a MICHELANGELO GIACORO MARUA TORRE
Codice Fiscale: TRRMHL 95 PZO M1027
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso d dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data
19/03/2021 In fede FIRMA Midely Zone
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel

solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax



(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
II/la sottoscritto/a Dionete Monouvo;
Codice Fiscale: AMTMLN53M21C448C;
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 23-03-2021 In fede FIRMA Liverify Maisles

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/a BERTH ALBERTO FABRIZIO ;
Codice Fiscale: BRTLRT 53 C28 F205 E;
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civill e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cuì sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 30/03/2021 In fede FIRMA
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax
AUTORIZZO LA PUBBLILAZIONE DEI DATI SUL SITO
43/F7/445 F 64 6



<u>ua compliarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali</u>
Il/la sottoscritto/a LARCO STAUDACHER;
Codice Fiscale: STACRL 43LZBI979X;
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
Wenin of the officité
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data
72/03/2021 In fede FIRMA Cores flams
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/a MARA FASAM'
Codice Fiscale: +SNMRA72M53F205N ;
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggett pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
MMG proso ATS MILANOZ
Straio medico di medicina penerale a
Sen Guliano H. De (Hi) Via labriale 16 20098
 che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 22/03/2021 In fede FIRMA Monofosoe:
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nei solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax



(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/a SCHILLACI MARIA
Codice Fiscale: SCHMRA 56554 A089 W
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso o dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 70 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggett pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
26/3/2021 In fede FIRMA 52 log (Morei e



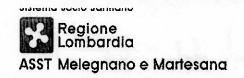
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/a DAVIDE HARTUCE:
Codice Fiscale: HRTDUD93RO1F205Q ;
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 24/3/2021 In fede FIRMA (1) Attack One of the state of the sta
In fede FIRMA Martucci Dovide

da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel

solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
II/la sottoscritto/a £ZOMO EUNA AIYOWIE;
Codice Fiscale: 2 MELYW78E597335B;
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso d dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione): CAAR SRL-MINAFOLE, VIA DAOLO BOUSECCALI & NOVENASCO OPENA UNITA RIABILITA ELINE GEMINIRICA NERELLATERIA
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 26-3-2021 In fede FIRMA Lyond Eline
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax



(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulent	ti/collaboratori profes	<u>ssionali</u>
II/la sottoscritto/a	DE SAWCTIS	
00,000		
Codice Fiscale: DSN PLA 9	4 CO9 F 3350	;
consapevole della responsabilità e dichiarazioni mendaci o di formazior del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445	ne o uso di atti falsi ai s	sensi e per gli effetti dell'articolo 76
	DICHIARA	
 di intrattenere rapporti di collabora pubblici e privati (indicare denomin collaborazione): 		
LIBERO PROFESSIOMSTA	(NEDICO)	
 che l'attività professionale pressonell'esclusivo interesse dell'Azienda coniuge o conviventi, di parenti e af rapporti di frequentazione abituale significativi, ovvero di enti, associaz amministratore o gerente o dirigente 	a stessa, senza coinvol ffini entro il secondo gra e, di soggetti con cui zioni anche non riconos	lgere interessi propri, ovvero del ado, di persone con le quali abbia abbia rapporti di credito/debito
Il sottoscritto dichiara infine di esser 2016/679, che i dati personali rac esclusivamente nell'ambito del proce	ccolti saranno trattati,	anche con strumenti informatici,
Data		1
24/03/2021	In fede FIRMA	John

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori prote	333,011411
Il/la sottoscritto/a \(\sumeta \) \(\sumeta	

Codice Fiscale: DSSSU94DS6TS77L

consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,

DICHIARA

pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della
collaborazione):
COURTY FUCTORISH TO COULT - COULTSON OUT HEMANON.
PROPESSIONSTA - TENTORIA BELLA NEURO F PERCONDITULTA'
- STUDIO MEMOS - EFECIALISTOS INFINI EDUTIVA - MINTAD - COLADOVANO
LUSEND PROPERSON STA-TENANCIA WELL WEND E DECOLONICUTA"
· KARAMA - CENTRO TENTOA - MILTON - COULDONTONE LIBERO
PROPERSION STA - TENTA STA DEWA CHENO FEBRUANDANIONAL

- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.

Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Data 14 12/2020

In fede FIRMA Jullo



Il/la sottoscritto/a	SILVIA COLOZZI
Codice Fiscale: _(CL2SLU16A57F205V
dichiarazioni men	a responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso d daci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 mbre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
	DICHIARA
 di intrattenere r pubblici e privati collaborazione); 	apporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della
·	LABORATONIO PRIVATO: SMANTRATH REFENTATIONS
nell'esclusivo inter conluge o conviver rapporti di freque significativi, ovver	ofessionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta resse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del nti, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia entazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia perente o dirigente.
2016/679, che i i	ara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, l'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 07/10/	2020
	In fede FIRMA
	otostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel ssione in via telematica, posta o fax



Il/la sottoscritto/a (nome e cognome)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax

Codice Fiscale: DRSMNN46M4ZFZ059
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
ASST melephono e Hortes ano-
Centro medies S. Lorento Crema-
Centro medico Camedi Grenne
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensì e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data <u>22-12-2020</u> In fede FIRMA Md On
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Melegnano e Martesana

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 d	icembre 2000 n. 445)
da compilarsi a cura di consulenti/colla	aboratori professionali
Ii/la sottoscritto/a (nome e cognome) <u>M</u>	ARIA GRAZIA BAGNATO
	•
Codice Fiscale BGN MGC 84 H	52F 53
consanevole della responsabilità a della	conseguenze civili e penali previste in caso di
dichiarazioni mendaci o di formazione o usi dei D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle	n di atti falsi ai sensi e ner nli effotti dell'atticale 76
DI	CHIARA
 di intrattenere rapporti di collaborazione i pubblici e privati (indicare denominazione collaborazione); 	n qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti del soggetto, natura del rapporto e oggetto della
NEDICO BY REDICINA	GEVERNE IN CONSENSOR
	100 C100
cha l'attivitàEila	
volta nell'esclusivo interesse dell'Azienda : lel coniuge o conviventi, di parenti e affin ibbia rapporti di frequentazione abituale, d	nda Ospedaliera Ospedale di Circolo di Melegnano è stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero ni entro il secondo grado, di persone con le quali di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito che non riconosciute, comitati, società di cui sia
sottoscritto dichiara Infine di essere in	nformato, al sensi e per gli effetti del D.Lgs. n.
96/2003, che i dati personali raccolti sa sciusivamente nell'ambito del procedimento	ranno trattati, anche con strumenti informatici
ota 30,05, 2014	
	In fede FIRMA