



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

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

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) PATRIZIA ALPINELLI
nato/a MILANO il 29/06/1955
residente in via/loc./frazione CASA AGATI 1/A
cap 27049 città STRADELVA (PV)
Codice Fiscale LPNPR25469F205P

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

LAUREA IN MEDICINA-CHIRURGIA 28/7/1981
ABILITAZIONE PROFESSIONALE 1° SEMESTRE 1982
ISCRIZIONE ORDINE DEI MEDICI MILANO NR 22335
SPECIALIZZAZIONE PATOLOGIA RIPRODUZIONE
UMANA 8/3/1988

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

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

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) FRANCESCO TESTA

Codice Fiscale TST FNC 52 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):

Contratto L.P. presso Centro Medico Kutyordino
(MI-MO)

- 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. 96/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

data 10.9.2011

In fede FIRMA [Signature]

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

Il/la sottoscritto/a MARIA CILLA;

Codice Fiscale: CILLM798565F158R;

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 Ospedale San Raffaele Milano, Medico di base A,
ALOE di servizio

RSA Sma di Giulio - Sma di Chiara, Milano, Medico
libero professionista

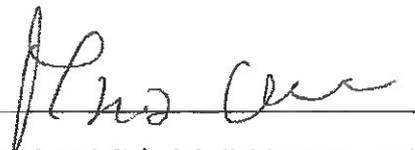
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione 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

23/08/21

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



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(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 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 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 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 17/08/2021

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

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) LETIZIA OLIVERI

Codice Fiscale LVRLT7812579273C

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 07/09/2021

In fede FIRMA

Letizia Oliveri

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 professionaliIl/la sottoscritto/a ALICE SEMINATI;Codice Fiscale: SMNLCA87S44G856A;

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):

- PAZIENTI STUDIO PRIVATO PSICOTERAPIA
(libera Professione)
- AZIENDA (PRIVATA) "RULLI RUTRECA" PER COLLABORAZIONE
BENESSERE PSICOLOGICO (CONSULENZA PSICOLOGICA SU
NECESSITA') 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

11/08/21

In fede FIRMA

Alice Seminati

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

Il/la sottoscritto/a RADICO LUIGI CARLO;

Codice Fiscale: RDC LCR 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):

CASA DI CURA S. SIRO - LIBERO PROFESSIONISTA - VISITE GINECOLOGICHE
MAGENTA MEDICAL CENTER - LIBERO PROFESSIONISTA - u 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 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

2/9/21

In MILANO

fedele

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

Il/la sottoscritto/a ANGELA TACCAQUATI;

Codice Fiscale: MILTNGL55R68E924E;

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 Ospedale S. Raffaele Milano
come libero professionista 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 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



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 (nome e cognome) FRANCESCA GALUZZA

Codice Fiscale: 6LLFNC95T43F205B

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 2 agosto 2022

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

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) STEFANIA MARIA ANTONELLA DORIA

Codice Fiscale DRO SN 64T 69F 2056

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. 96/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

data 30/7/21

In fede FIRMA *Stefania Maria Antonella Doria*

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

Il/la sottoscritto/a _____ Damato Arianna _____;

Codice Fiscale: _____ DMTRNN97C44F205W _____;

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):

CPS di Legnano ASST Ovest Milanese - Libero Professionista - Programma
Innovativo Regionale TR105: "Prevenzione individuazione e trattamento
precoce dei disturbi psichici gravi in età giovanile. Sviluppo di processi
integrativi nell'area salute mentale"

Interventi educativi domiciliari private - Libero Professionista

- 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 07/07/2021

In fede FIRMA _____ Damato Arianna _____

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

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) ANDEA DI PILLA

Codice Fiscale DRLNDR93B07E535B

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 5/7/21

In fede FIRMA

D. Pilla

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

Il/la sottoscritto/a GAIA SILVESTRINI;

Codice Fiscale: SLUGAIGUB43E5070;

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 SOGGETTO: LA CLINICA SAN ROCCO - ALUS S.R.L.
PROFILO PROFESSIONALE: TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA'
DELL'ETA' EVOLUTIVA
LIBERO PROFESSIONISTA

• DENOMINAZIONE SOGGETTO: NISIDA SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE
PROFILO PROFESSIONALE: ASSISTENTE SCOLASTICA PER DISABILI
ASSUNZIONE A TEMPO DETERMINATO (TERMINERA' FINE GIUGNO 2021)

- 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 04/06/2021

In fede FIRMA Gaia Silvestrini

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

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) ANNAGHARA PICCININI

Codice Fiscale: PCCNCH80L66H2110

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):

CONTRATTO DI COLLABORAZIONE LIBERO PROFESSIONALE -
COME PSICOLOGA PSICOTERAPEUTA - A 6h/settimana -
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 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 8/06/2021

In fede FIRMA Annaghara Piccinini

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

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) ALESSANDRA ANGELO AGAZZI

Codice Fiscale 622LSN90T47A794I

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 PAPA GIOVANNI, XXIII (BP) / LIBERA PROFESSIONE, TNPEE
- * CENTRO PSICOLOGIA, ASSOCIAZIONE (DI CUI SOCA), GORGONZOLA
LIBERA PROFESSIONE, TNPEE
- * REBUS STUDIO POLISPECIALISTICO, CASIRATE D'ADDA, LIBERA PROFESSIONE,
TNPEE
- * AQUAHEM SRL, LIBERA PROFESSIONE, TNPEE (terzo / 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 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 10/05/2024

In fede FIRMA Alessandra Agazzi

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

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):

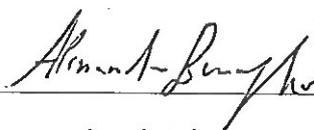
Università degli Studi dell'Insubria, primo anno di scuola di specializzazione in Anestesia, Rianimazione, Terapia Intensiva e del dolore (borsa di studio)

- 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



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 professionaliIl/la sottoscritto/a HILDA YESSENIA APASQUE VIGO;Codice Fiscale: RRSHDY77H512611G;

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 CLINICO 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

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 professionaliIl/la sottoscritto/a Ignacio Mendoza De la Cruz ;Codice Fiscale: MWDGNC74D297651C ;

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):

- ROZZANO 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 25-06-21In 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

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) FLAVIA UNETTO

Codice Fiscale: LNTFLW85B65F205X

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):

COLLABORAZIONE CON POLI ELENA TRENOCATI

- 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

Fluetto

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

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) FEDERICA NATARELLI

Codice Fiscale: NTRFRC92A53F205R

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):

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO - CONTRATTO DI FORMAZIONE
SPECIALISTICA IN IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA

- 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 22/06/2021

In fede FIRMA Federica Natarelli

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

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**

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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionaliIl/la sottoscritto/a (nome e cognome) IRENE NASONECodice Fiscale: NSNRNI91C43H2241

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 SPECIALIZZAZIONE C/O HUMANITAS UNIVERSITY

- CONTRATTO COME TITOLARE CONTINUITA ASSISTENZIALE C/O
ATS BERGAMO OVEST

- 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 10.06.2021In fede FIRMA Irene Nasone

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

Il/la sottoscritto/a MARISA FOPPOU;

Codice Fiscale: FPMRS701166L175A;

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 - INCARICO LIBERE PROFESSIONALI

- 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 09.04.2021

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

Il/la sottoscritto/a GRETA ALICE LUQUETA;

Codice Fiscale: LLHGTL98B501537E;

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 LOTTA CONTRO L'EMARGINAZIONE ASSUNTA
COME DIPENDENTE CON CONTRIBUTO CCNL COOPERATIVE
SOCIALE, PER UN PARTIME DI 15 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.

Data 31/03/2021

In fede FIRMA

Greta Alice Luqueta

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

Il/la sottoscritto/a COLOMBO GIULIA;

Codice Fiscale: CLMGLI98L70E801M;

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 MARTESEANA, RAPPORTO DI TIPO LIBERO PROFESSIONALE PER IL PROGETTO "PREVENZIONE, INDIVIDUAZIONE E TRATTAMENTO PRECOCE DEI DISTURBI PSICHICI IN ETÀ GIOVANILE. SVILUPPO DI PROCESSI INTEGRATIVI NELL'AREA 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 Giulia 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

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 Marina Bertoni _____;

Codice Fiscale: BRTMRN73T41E6680 _____;

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. Pascoli" di Crema - libera prof. - psicologo

Medical Center Lodi - libera prof. - psicologo 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.

Data 26.04.21

Marina Bertoni



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 (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 Privato 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

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

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**

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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionaliIl/la sottoscritto/a FIOCCHI DAVIDE;Codice Fiscale: FCCDDP68517F205P;

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 SEGRETARIO SCIENTIFICO

DOCENTE DI PSICOTERAPIA PRESSO SPP (SECONDA DI PSICOTERAPIA PSICOANALITICA) - VIA PERGOLESI 27 - MILANO - INCARICO LIBERO PROFESSIONALE

- ATTIVITA' PRESSO STUDIO PRIVATO - VIA FRANCESCO D'OLIVIO, 1 20131 MILANO - ATTIVITA' LIBERO 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.

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



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 ANNESIO SONIA ANNA;

Codice Fiscale: MNSNNR83L65FM9J;

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):

LIBERA PROFESSIONE MEDICO
- STUDIO ART OF PLACES MEDICO
- CENTRO ARMONIA STUDIO DI CAPPINA DE PECCHI
E 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 06/04/2021

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

Il/la sottoscritto/a MOIRA MUZZUPAPPA;

Codice Fiscale: MZZMRO 82 H5916900;

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 LECCO, VIA DELL'EREMO 9/11, 23900 LECCO
SOCIETA' E SALUTE SPA, VIA TEMPERANZA 6, 20127 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

6-4-2021

In fede FIRMA

Maira Muzzupappa

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

Il/la sottoscritto/a MAGNI FRANCO;

Codice Fiscale: MGN FNC 63 H 22 F 2059;

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):

sto effettore Libero professione presso mio
ufficio psicoanalitico DR. MAGNI FRANCO
presso San Giuliano Milanese V. Turati 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

6/07/2021

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 professionaliIl/la sottoscritto/a (nome e cognome) ENRIG ZANELLOCodice Fiscale: ZNLNRC71C26Z133I

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 MADDALENA GRASPI: LIBERO PROFESSIONISTA CON
RUOLO DI COORDINAMENTO DEI SERVIZI ANI
- CPS "CENTRO PER IL RINPARIO" VIA CORRELLI MILANO, LIBERO
PROFESSIONISTA - INFERMIERE
- DOMUS "SERVIZI SANITARI" LIBERO PROFESSIONISTA - INFERMIERE PRELEVAZIONI

- 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 13/5/21

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



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 (nome e cognome) GIORDANO CECCHETTI

Codice Fiscale: CCCGDN89P04B729P

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 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 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 29/04/2021

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

Il/la sottoscritto/a OLIVIA BOCCIA;

Codice Fiscale: BCC LVO 93R 48A564V;

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):

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO

FORMAZIONE SPECIALISTICA IN CHIRURGIA 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

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

Il/la sottoscritto/a FRANCESCA BASTA;

Codice Fiscale: BST 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

Francesca Basta

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

Il/la sottoscritto/a TOMMASO PANICU TONUCCI;

Codice Fiscale: PNCTHS91A28L500P;

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 04/05/2021

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



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 PAOLO MANEA _____;

Codice Fiscale: MNC PLA 93523 B354R _____;

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):

Scuola di Specializzazione in Oncologia Medica (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

Paolo Manea

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.

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) LIVIA ELENA FUSSI

Codice Fiscale: FSSLLN63E52F205B

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 PROFESSIONALE DI CUI SONO
TITOLARE
AZIENDE VARIE PER CUI SVOLGO ATTIVITA'
DI FORMAZIONE IN MANIERA OCCASIONALE

- 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 02/11/2020

In fede FIRMA Livia Fussi

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

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

Claudia Galbiati

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 NOTORIETÀ
(Art. 17 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di professionisti

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) PIRANO CONNITA LAFRANCIA

Codice Fiscale LIRPNA90M19A062X

con consapevolezza della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o deformazione 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 altre disposizioni in materia,

DICHIARA

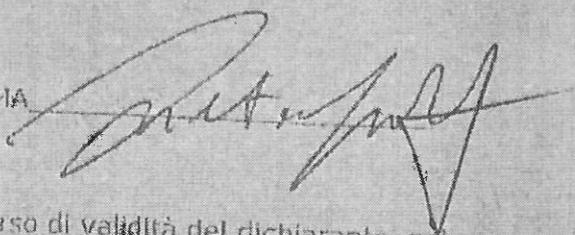
di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo tributati con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):

LUCCS POLICLINICO SAN DONATO, CON
CONVITTATO LIBENO PROFESSIONALIS

- 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 19-06-20

In fede FIRMA 

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

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) ANTONIO POPOLO RUBBIO

Codice Fiscale PPLNTN89D161754W

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

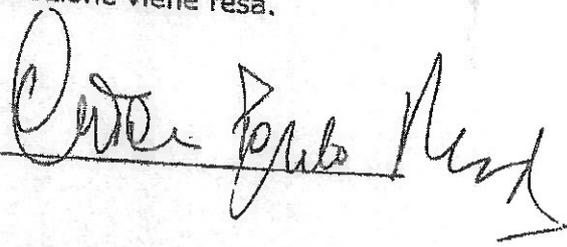
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (Indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):

Cardiologo di I livello, in libera professione, presso IRCCS Policlinico San Donato, San Donato Milanese (MI), Piazza E. Mattei 2, 20097 (ITALIA)

- 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 21.06.2020

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

**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 (nome e cognome)

CERIANI ENRICO

Codice Fiscale

CRN NRC 51E14 C933B

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):

c/o Fisco 432 P^{re} GARIBALDI 10 Melegnano 20017 (Or)

c/o BORROMEO Medico Via APA Giovanni 23 n° 23

Deschere Bouz. (Or)

c/o RSA "CASA per COMUBI" Via Dei Cinquecento 19 - Milano

- 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

03/08/2020

In fede FIRMA

Cerian

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/collaboratori professionali

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) SARA MARTINOLI

Codice Fiscale MRTSRA74D55G388F

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 CLINICI SCIENTIFICI MAUGERI (rapp. libero professionale - consulente dermatologica)
- 2) CASA CIRCONDARIALE DI PAVIA - MINIST. DI GIUSTIZIA (rapp. libero prof. - medico competente)
- 3) CASA CIRCONDARIALE DI VIGEVANO - MINIST. DI GIUSTIZIA (rapp. libero prof. - medico competente)
- 4) CASA CIRCONDARIALE DI VOGHERA - MINIST. DI GIUSTIZIA (rapp. libero-prof. - medico competente)

- 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 30/07/2020

In fede FIRMA Sara Martinoli

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 professionaliIl/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);

Carrozeria 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

Allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante nel solo caso di trasmissione per 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

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) MOISE MARIAN

Codice Fiscale: 1950 MRN 76 C 037 129 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):

NON intrattengo rapporti di collaborazione con altri soggetti pubblici oppure privati.

- 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

Marian

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 professionaliIl/la sottoscritto/a EVIN NAGM _____;Codice Fiscale: NGMVNE90R65FZ05E _____;

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):

- RIASULTATORI ASSOCIATI SRL
- SPAZIO NAUTICS 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

07/06/2021

In fede FIRMA

Evin Nagm

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

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) ELENA CIRIACI

Codice Fiscale C92UNE93R62D142G

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):

Progetto ONE insight immagine SEL - NOVANTO CONSULTING
Attività libera professionale in pazienti offerenti con collaborazione
di ortodonzia federica CEO Technologies per la Cura

- 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 11/05/2020

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

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 TELESE FRANCO;

Codice Fiscale: TLSEFC67C09F205F;

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 GUOCCHI RAPPORTO DI COLLABORAZIONE
LIBERO PROFESSIONALE PER GUARDIA MEDICA

- 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

24/6/2021

Firma: Franco Telese



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 PERILLO MILO

Codice Fiscale: PRLMRC63D23F2057

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):

COLLABORAZIONE L.P. PER GENERALI E
ALIANZ PER VALUTAZIONE SANITARIA S.p.A.
POLIME MULTIZIA

- 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

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

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) LORENZO EUGENIO RONDI

Codice Fiscale: RRRLN775016F205Z

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 RAFFAELS SRL - DIRIGENTE MEDICO SENIOR
Auerhals e Raimondo
- CENTRO DIAGNOSTICO ITALIANO - COND. EMS MEDICO
Auerhals e Raimondo
- _____
- _____
- _____
- _____

- 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 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

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) MARTINA BAIARDO REDAELLI

Codice Fiscale: BRDMTN 89 S511829C

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):

ICCS SAN RAFFAELE MILANO - DIRIGENTE - MEDICO SPECIALISTA
CON CONTRATTO AIOP

- 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 3/6/2020

M. Baiardo Redaelli

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

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

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

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 professione 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

Patrizia Labella

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

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) ELENA DALLA FONTANA

Codice Fiscale DLLNE92C45I353Z

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 11/02/21

In fede FIRMA Elena Dalla Fontana

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

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) ANTONIO PIRRONE

Codice Fiscale: PRRNTN90A16C632B

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):

NESSUNO

- 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 15/05/2020

In fede FIRMA

Antonio Pirrone

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

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

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

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) GIOVANNI BORGHI

Codice Fiscale BRGGGN86E02B639U

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 MAUGERI - ASSISTENZA RIAN. PER SEDUTE RADIOL. - A CHIAMATA
- EUROP ASSISTANCE - TRASPORTI SANIT. - A CHIAMATA
- EVENTI SPORTIVI - ASSISTENZA SANIT. - A CHIAMATA

- 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 30/4/2019

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

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) CARMINE DOMENICO VOTIA

Codice Fiscale VTT CMN 83 D 17 E977 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):

OSPEDALE SAN RAFFAELE

- 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 i quali 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 19-02-2020

In fede FIRMA Carmine Domenico Votia

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

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 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):

-
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 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 05/06/2020

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



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 **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 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.

20 maggio 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



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(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

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

Il/la sottoscritto/a Bocco Ucella Barbara

Codice Fiscale: BCC BBR 655601009C

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):

- Humontes Gouzzem' Bergamo - 15 ore sett.

- Studio Bussato - Melzo - 12 ore sett

- 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 7/10/2020

In fede FIRMA Barbara Bocco

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

Il/la sottoscritto/a ANNAISA LENCIONI

Codice Fiscale: LNCNLS81R54F205S

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 MARTESSANA 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

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

Il/la sottoscritto/a LA GRUTTA SARA

Codice Fiscale: LGRSRA81H57F205W

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 ASST NORD MILANO - COLLABORAZ. LIBERA - PROF. - CONSULENZA
PER PROGETTI REGIONALI COS2 - COS3

② STUDIO PRIVATO - VIA PELLICCI 9 MILANO - LIBERA PROF.

- 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 07/06/20

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

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) NOEMI DELENÈ LA BUA

Codice Fiscale: LBANDL88H499273G

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 DI LAVORO O TRE L'INCARICO LIBERO PROFESSIONALE CON ASST MELEGNANO MARTEJANA

- 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 03/06/2019

In fede FIRMA Noemi Delenè La Bua

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

Il/la sottoscritto/a GROSSI MARIALISA

Codice Fiscale: GR5ML561T61F205H

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):

Domino (consulenza) privato
Via Quarenate Micena

- 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 16/02/21

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



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(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- RicareAzione - 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

Gabriella Glorioso

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

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) ALICE FRANCESCA GLOMBELU

Codice Fiscale: GMBLFR90T42L667F

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 14/03/18

In fede FIRMA Alice Francesco Gombellu

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

Il/la sottoscritto/a GIACOMAZZI GERARDO

Codice Fiscale: GCMGRD74L11C523Y

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 METROPOLITANA - 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

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

Il sottoscritto ROBERTO DI PIETRO ;

Codice Fiscale: DPTRRT55E18C351L ;

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 27.04.2021

Roberto Di Pietro

In

fed e

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

Il/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 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):

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

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

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.l. – contratto in libera professione per CONSULENZE SANITARIE

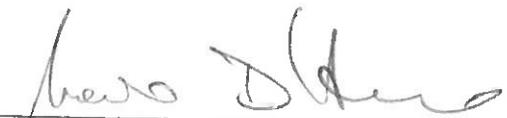
Azienda Socio Sanitaria Territoriale della Valcamonica – contratto in libera professione per CONSULENZE SANITARIE

- 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.

Data 04/05/2021

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

Il/la sottoscritto/a MARCO Di MATTEO;

Codice Fiscale: DMTMRC90L05A662P;

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 HOSPICE CASINA BIANCIZZATA - COOPERATIVA
SOLARE ANCORA SERVIZI

- 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

Marco Di Matteo

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

Il/la sottoscritto/a TIBLONI ROBERTA;

Codice Fiscale: TBLRRT26P44F119R;

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 PRESSO ALL'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 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

3/5/2021

In fede FIRMA Roberta Tibloni

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 professionaliIl/la sottoscritto/a (nome e cognome) MARIARITA PRESSOCodice Fiscale: FRZMRT88C 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):

CONTRATTO LIBERO PROFESSIONALE COOPERATIVA HOH
VIA CRESCENDOAGLO 55.
LAURO PRESSO TRUST MEDICAL.

- 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 10/5/2021

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

Il/la sottoscritto/a CHIARA MAGGI _____;

Codice Fiscale: MGGCHR92H46F704J _____;

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 di Milano - medico in
formazione specialistica

- 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 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

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.

Data 30/04/2021

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 pubblicazione dei dati sul sito aziendale e sui siti ministeriali



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 Victoria Carlotta Magee _____;

Codice Fiscale: MGNVTR94T44G388G _____;

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 di Milano - Scuola di Specializzazioni in Pediatria,
sede Ospedale Buzzi / Fatebenefratelli / Sacco

- 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

29/4/21

In fede FIRMA

Victoria Carlotta Magee

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

Il/la sottoscritto/a Mazuryak Volodymyr;

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 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):

In collaborazione con Protezione giuridica di Segrate.

- 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



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 professionaliIl/la sottoscritto/a (nome e cognome) MARIA GRAZIA FATTORUSOCodice Fiscale: FTT MGR 92 L 41 B 845 M

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 4/05/21

In fede FIRMA

Mariagrazia Fattoruso

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

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) FEDERICA BELLANTE

Codice Fiscale: RLFRCSH45G273L

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):

(Area with horizontal lines for listing subjects, crossed out with a blue diagonal line)

- 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 05/05/21

In fede FIRMA

Federica Bellante

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

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

Codice Fiscale: MBRLSS93C68I577L

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 5.05.2021

In fede FIRMA

Alessia Ambrosino

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

Il/la sottoscritto/a LEARNOM ROBERTA;

Codice Fiscale: LERRRT86B51L188W;

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 POLICLINICO SAN DONATO, LIBERA PROFESSIONE ANESTESIA
MEMCAL SERVICE ASSISTANCE, 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, 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 29/03/21

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

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 (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 determinato - 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

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

Il/la sottoscritto/a ANNA PETROSINO;

Codice Fiscale: PTRNNA77D49B639D;

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 LAVORATORE 9 ORE A SETTIMANA DI INTERVENTO
SCOLASTICO - COOP. SOCIALE CSLS COMO VIA COL DI
LANA 5
- CONSULENTE ARTETERAPEUTA 8 ORE AL MESE
FONDAZIONE PAPA GIOVANNI XXIII VALBREMO VIA ITALIA 5
(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 Anna Petrosino

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

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) ANDREA 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):

~~_____~~

- 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

Andrea Colombo
Dott. COLOMBO ANDREA
Medico Chirurgo
011 45264

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

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) Jonathan Francesco Toscano

Codice Fiscale TSCJTH90A15F205W

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):

Sostituto MMG per ATS Milano

- 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 [Signature]

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

Il/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

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 professionaliIl/la sottoscritto/a ROBERTA ANIERICodice Fiscale: NAARRT92E610912U

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 VIMERCATE c/o UNIONIA BESANA BRIANZADAL 25/02/2019 AD OGGI 20 h/sett

- 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 25/03/21

In fede FIRMA

Roberta Anieri

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

Il/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 Leo Loredana

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

Il/la sottoscritto/a ORLETTA CINZIA 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 ore al mese in
analisi di NPI nello comunità terapeutica
"Antonio Beolchi"

- 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

fedede

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

Il/la sottoscritto/a _____ Annalisa Magni _____

Codice Fiscale: MGNMLS68P56F704A _____

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 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 marzo 2021

In fede FIRMA

Annalisa Magni

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

Il/la sottoscritto/a _____ ROSELLA DANIELA _____;

Codice Fiscale: _____ RSLDNL82L48B963R _____;

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 "Presenza 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

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



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 (nome e cognome) CAMILIA BERTINO

Codice Fiscale BRTCL92D67F2050

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

Camilia Bertino

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

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) VALENTINA CAMPORETA

Codice Fiscale CMPVNT86T45G388J

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 18/01/2011

In fede FIRMA

Valentina Camporeta

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

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) MONICA PIMPINI

Codice Fiscale PMPMNC67R48H501V

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 LOTTA CONTRO L'EMARGINAZIONE

- 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 14.01.2021

In fede FIRMA Monica Pimpini

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

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) GLORIA LANZANOVA

Codice Fiscale LNZGLR96B4GF704I

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):

- COLLABORAZIONE IN LIBERA PROFESSIONE CON COORDINAMENTO ATTIVITA' SPORTIVE CONCORREZZO - C.A.S.C. ASSOCIAZIONE DI PROMOZIONE SOCIALE DA GENNAIO 2021 A MAGGIO 2021

che l'attività professionale presso dell'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta all'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.

sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. 6/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

il giorno 05/02/2021

In fede FIRMA Gloria Lanzanova

allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel 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/collaboratori professionali

Il/la sottoscritto/a _____ DI LAURO ROSALBA _____

Codice Fiscale: _____ DLRRRLB81E70I483N _____

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):

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

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

Il/la sottoscritto/a _____ Emanuela 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.

Data 12 Maggio 2021

In fede FIRMA _____

Emanuela Di Gesù

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

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(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.

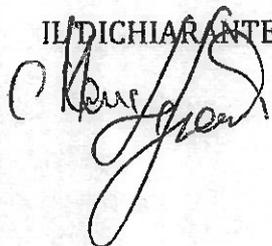
- da gennaio 2018

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

IL DICHIARANTE




DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(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



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 Diego Cominardi

Codice Fiscale: CMM DGI 69 M 13 B 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 collaborazione come psicologa
nell'ambito del Servizio di Tutela Minorile
del Polo Consorziale di Albiate (C.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 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 08/06/2021

In fede FIRMA Diego Cominardi

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'

(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) EMORE Castellani

Codice Fiscale: CST TTR 54 A306273 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 03-05-2018

In fede FIRMA EMORE Castellani

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

DOTT. YVO CASTAGNA
Ordine dei Medici (MI)
nr. di Iscrizione 38723

Il/la sottoscritto/a CASTAGNA YVO

Codice Fiscale: CST YVO 51L22Z 110H;

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):

RSA BORROMEA (qualche guardia medica notturno)
MERIGLIA 1. giorno / alcune

RSA AMBROSIANA (solo qualche guardia medica)
MILANO notturno

(vedi C.V.P.e)

- 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 APR. 2021

DOTT. YVO CASTAGNA
Ordine dei Medici (MI)
nr. di Iscrizione 38723

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

Il/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.

Data 06/05/2021

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

Il/la sottoscritto/a Dott. BORODKIN VLADIMIR

Codice Fiscale: BRD VDM 61 C 08 Z 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):

- ~~DSA PAULLO - MEDICO DI STRUTTURAZIONE, LIBERO PROFESSIONISTA~~
- ~~DSA MELTO - MEDICO DI STRUTTURAZIONE, LIBERO PROFESSIONISTA~~
- ~~SAUDONATO MEDICA - CONSULENTE MEDICO LIBERO PROFESSIONISTA~~
- ~~AS NICAHO - MAG. INCASSO - LIBERO PROFESSIONISTA~~

- 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 02/11/2020

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

Dott. BORODKIN VLADIMIR
ASST MELEGNANO e della MARTESANA
Medico Distrettuale
C.F. BRD VDM 61C08 Z154N
Cell. 335 3187006



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 (nome e cognome) BOLJ COSTANTINO

Codice Fiscale: BLSCTM33R20G1207A

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 29/4/2011

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

Il/la sottoscritto/a

CATERINA BIELLI

Codice Fiscale:

BUCRN69H41F119G

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):

in sede privata ed uffici di produzione presso
ASST Poob e Cab Tubero

- 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.ssa Caterina Bielli

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

Il/la sottoscritto/a BERSANI MARISTELLA

Codice Fiscale: BRSMST85L64F205I

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):

- POLI MEDICA IL SORRISO, INCARICO LIBERO-PROFESSIONALE,
PER VALUTAZIONI COGNITIVE E NEUROPSICOLOGICHE

- ATTIVITA' DI PSICOTERAPIA IN STUDIO PRIVATO
(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 11/5/2021

In fede FIRMA Maristella Bersani

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

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 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 25/2/2019

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

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):

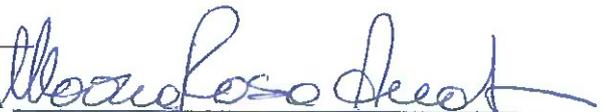
COLLABORAZIONE LIBERO PROFESSIONALE
c/o COOPERATIVE KOIWE NOUATE MILANESE
TEBARA M.S.A. DELLA NEURO PSICOMOTRICITA'

- 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 08.02.2021

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

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) MANUELA TESTA

Codice Fiscale: TSTMNL73C68A859A

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 UOP 33 ATRIULATARIO PSICHIATRICO
DI MELEGNANO

- 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 07/11/2020

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

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 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 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):

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 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 07/11/2018

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 professionaliIl/la sottoscritto/a (nome e cognome) Barbara Marchesi¹Codice Fiscale: MRCBBR74L63B393Q

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, consulenza libero profes
Sionale come psicologa psicoterapeuta c/o UOC
Psichiatra - Melzo (UOP 34)

- 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 13.11.2020

In fede FIRMA

B Marchesi

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

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

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 professionaliIl/la sottoscritto/a PIERLUIGI GIORGI;Codice Fiscale: GRG-PLG-90T30A988E;

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 DEL DOLORE "LINO SARTORI" ONLUS
(PAVIA) - ASSISTENZA DOMICILIARE

- DOCENTE CORSI OSS-ASA-ASS. FAMIL Istituto Santa Chiara Inghero

- 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 29/3/2021In 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 professionaliIl/la sottoscritto/a RAFFICIA MONTECA;Codice Fiscale: RDCHMC66T43F754C;

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):

COOPSOZIOS - rapporto libero professionale
PRIVATA ASSISTENZA - rapporto libero professionale
PROF. LA VISCONTI - rapporto libero 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.

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

Monica Randone

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

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____ ROBERTO OLDANI

Codice Fiscale: _____ LDNRRT75R26E801L

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 _____ 22/03/2021 _____

In fede FIRMA _____

Roberto Oldani

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 Marfesana

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 MISSANA ELVIA;

Codice Fiscale: MSSLVE73D53I804U;

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, LAVORO D'IND.

- 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

28/03/2021

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



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 LOISA RUSCONI _____;

Codice Fiscale: RSC LSV GHT 66 I 274 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 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

25.03.2021

In fede FIRMA

Loisa Rusconi

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 professionaliIl/la sottoscritto/a PORTA AUGEMIO RAFFAELE ;Codice Fiscale: PRTGRF61B03B2925 ;

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):

NESSUNA ATTIVITA' ATTUALMENTE 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 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

28/3/21

In fede FIRMA

Porta Augemio Raffaele

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

Il/la sottoscritto/a MICHELANGELO GIACOMO MARJA TORRE;

Codice Fiscale: TRRMHL95P20M102Y;

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

19/03/2021

In fede FIRMA

Michelangelo Torre

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

Il/la sottoscritto/a DIONETE MANOUVO;

Codice Fiscale: DMTMLNSBM21C448C;

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

Dionete Manouvo

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.Il/la sottoscritto/a BERTH ALBERTO FABRIZIO ;Codice Fiscale: BRTLRT53C28F205E ;

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 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 PUBBLICAZIONE DEI DATI SUL SITO
AZIENDALE E SUL SITO MUNICIPALE



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 CARLO STAUDACHER;

Codice Fiscale: STACRL43L28I979X;

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):

Nessuna altra attività

- 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

Carlo Staudacher

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

Il/la sottoscritto/a MARA FASANI;

Codice Fiscale: FSNMRA72M53F205N;

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):

MMG presso ATS MILANO 2
Studio medico di medicina generale a
San Giuliano M.ze (MI) Via Labriola 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

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

Il/la sottoscritto/a SCHILLACI MARIA;

Codice Fiscale: SCHIRA 56554A089W;

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

26/3/2021

In fede FIRMA S. Schillaci

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

Il/la sottoscritto/a DAVIDE MARTUCCI _____;

Codice Fiscale: MRTDUD93R01F205Q _____;

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 Martucci Davide _____

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 professionaliIl/la sottoscritto/a EZOMO ELINA AYONIE ;Codice Fiscale: ZMELYW78E59Z335B ;

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):

KOS CARE SRL - MIRASOLE, VIA
PAOLO BORSSELLANI 6, NOVARASCO, OPERA
UNITA RIABILITAZIONE GERIATRICA
INFERMIERE.

- 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

Ezomo Elina

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 professionaliIl/la sottoscritto/a PAOLO DE SANCTIS;Codice Fiscale: DSN PLA 94 609 F 3350;

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):

LIBERO PROFESSIONISTA (MEDICO)

- 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

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 professionaliIl/la sottoscritto/a ISABELLA BOSSICodice Fiscale: DSSSL94D5615771

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):

- QUAMBITO DEI MORATI - BICCINASCIO - COLLABORAZIONE LIBERO PROFESSIONISTA - TEMPIERA DELLA NEVO E PERCONOMIUTA'
- STUDIO MENCO - SPECIALISTICO INFERMIA EVOLUTIVA - MILANO - COLLABORAZIONE LIBERO PROFESSIONISTA - TEMPIERA DELLA NEVO E PERCONOMIUTA'
- KARANA' - CENTRO TEMPIERA - MILANO - COLLABORAZIONE LIBERO PROFESSIONISTA - TEMPIERA DELLA NEVO E PERCONOMIUTA'

- 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 14/12/2020In fede FIRMA Jello Droni

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

Il/la sottoscritto/a SILVIA COLOZZI

Codice Fiscale: CLZSLU76A57F205V

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):

LABORAZIONE PRIVATA: SMART PATIA, REPRESENTATIONS

- 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 07/10/2020

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



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 (nome e cognome) MARINA D'ORSI

Codice Fiscale: DRSMNN46M42F2059

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 Martesana -

Centro medico S. Lorenzo Crema -

Centro medico Camedi Crema -

- 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 22-12-2020

In fede FIRMA

M. Orsi

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 Marlesana

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 (nome e cognome) MARIA GRAZIA BAGNAIO

Codice Fiscale BGNMGR84H52F537X

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):

MEDICO DI MEDICINA GENERALE IN CONVENIENZA
N° TOTALE DI ASSISTITI 2.1000

- che l'attività professionale presso dell'Azienda Ospedaliera Ospedale di Circolo di Melegnano 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 30.05.2011

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

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) ALESSANDRO APPELLI

Codice Fiscale: NULLSN77COR290I

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. SOC. LA FORTE DI SOLIDARIETA' ONLUS, VIA SILVIO PELLICO 7,
COLNATE DI COLNATE D'ADDA (NB) - CONSULENZA LIBERO PROFESSIONALE,
DIRETTORE TECNICO -

- 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



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 DR. SSA ILENIA MASSIMO

Codice Fiscale: 7556189A63E435C

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 25/09/2020

In fede FIRMA Ilenia Massimo

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/collaboratori professionali

Il/la sottoscritto/a MORELLO ALDO GIUSEPPE;

Codice Fiscale: MNLLG532MOZA522H;

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):

AZIENDA ASST MELEGNANO
E DELLA MARTESSANA: attività professionale di
lavoro autonomo medico specialistico in Anestesi

- 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 06.05.2021

In fede FIRMA

Aldo Giuseppe Morello

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

Il/la sottoscritto/a PELLICANO SAVERIO

Codice Fiscale: PLLSVR50A09H224R

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):

CDI (CENTRO DIAGNOSTICO ITALIANO SPA) OCCASIONALE
CONSULENZA ANESTESIOLOGICHE
BIONICS SRL (MI) OCCASIONALE ASSISTENZA INVESTIGAZIONE

- 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 09/04/2021

In fede FIRMA [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 professionaliIl/la sottoscritto/a Valentina ZampagnoneCodice Fiscale: ZMPVNT95S44D2864

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):

- ALIAS città di Monza (via Lissom, 14, 20900 Monza MB)
con contratto di collaborazione libero-professionale
nel ruolo di logopedista

- Studio dentistico associato Baldassari - Mede (via
Borghetto, 33, Mede 20832 MB) in collaborazione
libero-professionale nel ruolo di 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 14/04/2021In fede FIRMA Valentina Zampagnone

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

Il/la sottoscritto/a VALLASCIANI STEFANO;

Codice Fiscale: VLL SFN 63 M 06 F 20 5 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):

- Attività libero professionale nel proprio 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

06/05/21

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

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 PATRIZIA SACCENTE

Codice Fiscale: SCCPR290BLUE801

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):

- ~~BONSUETO FARE FAMIGLIA~~, INPEE, BINASCO (MI)
- STUDIO PRIVATO LIGEVANO (PV), INPEE

- 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 Patrizia Saccente

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

Il/la sottoscritto/a __SILVIA 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)

- 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 __13/07/2021__

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

Il/la sottoscritto/a WCA ROJEDA

Codice Fiscale: RJDLCV76M11M02A

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
CONTRATTO LIBERO PROFESSIONALE PER PROGETTO
INDIVIDUO MEDICINALE TR 106

- 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 29/03/2021

In fede FIRMA

WCA ROJEDA

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

Il/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

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

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

02/07/21

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



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

NICOLA PASCULLI

Codice Fiscale PSCNCL81A084926K

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):

- OPERALE SOTTO RAPPORTE: CONTRATTO A TEMPO INDETERMINATO

- CENTRO DIAGNOSTICO ITALIANO: ASSISTENZA PNEUMOLOGICA - A CHIAMAATA

- FUNDA ASSISTENZIE - TRASPORTI SANITARI - A CHIAMAATA

- 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 31/5/2019

In fede FIRMA Luca P

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

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) Simona Olivieri

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 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 _____

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/collaboratori professionali

Il/la sottoscritto/a VALENTINA ONETA;

Codice Fiscale: NTOVNT86AG1M102D;

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 ITALIANA per LA LOTTA AUE SINDROMI ATASSICHE (A.I.S.A.)

RAPPORTO DI CONSULENZA LIBERO PROFESSIONALE: TERAPIA DI GRUPPO

per i PAZIENTI e per i LORO CAREGIVER

- 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

28/06/2021

In fede FIRMA

Valentina Oneta

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

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) MARIALESA NICOTRA

Codice Fiscale: NCTHLS82C43F839Z

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 LA STRADA : AS c/o CENTRO TIARA (4 h SETTIMANALI)
 - ASSOCIAZIONE COOP AQUILONI : AS c/o CONSULTORIO FAMILIARE (5 h SETTIMANALI)
 - COOP. COHIN : AS c/o ATILIO PROFESSIONALE (20 h MESE)

- 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 15/04/2019

In fede FIRMA

Marialesa Nicotra

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

Il/la sottoscritto/a MORATI CRISTIANO

Codice Fiscale: MRTCST69D26F205X

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 SANTI PAOLO CARLO
ASST MELEGNANO E MARTESSANA
COOP SOC AL ROMAN
COOP SOC IL MELEGNANO

- 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

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome)

FRANCESCO MARASCI

Codice Fiscale:

FRS FNC 52 A 06 F 317 M

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

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



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 (nome e cognome) SARA TORRELLI

Codice Fiscale: TRBSRA91L48M102T

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):

- MEDICAL CENTER LODI - LIBERA PROFESSIONE
- FONDAZIONE RETINA 3000 - IMAGINE DIAGNOSTICO NELLE MALATTIE RETINICHE E NEL GLAUCOMA (ANNO 2019)
- ENRA SPA - NEXTUSION STEPUP: PROGETTO DI FORMAZIONE SU CAMPO PER LA VALIDAZIONE DEI DATI E DEL PROCESSO NEXTUSION PROGETTO 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 S. Torrelli

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

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

Codice Fiscale: BLLSNT54A24D768Q

- 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):

G.B. MANGIONI HOSPITAL Srl Lecco in qualità di

Medico specialista in Anestesi e Rianimazione con
rapporto libero 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.

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

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

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

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

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

Data 7/4/2021

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 professionaliIl/la sottoscritto/a (nome e cognome) MASSIMO FERRARICodice Fiscale FRRMSM74R31I690J

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 QUALITA' DI MEDICO CONSULENTE)
- ISTITUTI PENITENZIARI DELLA PROVINCIA DI PAVIA (" ")
(CASA CIRCONDARIALE DI PAVIA, CASA CIRCONDARIALE DI VOGHERA, CASA DI
RECLUSIONE DI VIGEVANO)
- FONDAZIONE SANTA CHIARA CENTRO MULTISERVIZI PER LA POPOLAZIONE
ANZIANA ONLUS (CONSULENZA IN QUALITA' DI MEDICO CONSULENTE)
- FONDAZIONE AISTEVINI (" ")
- CASA DI CURA SANT'ANTONIO E PRIVATA PIACENZA (" ")

- 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

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 professionaliIl/la sottoscritto/a (nome e cognome) ANTONIO VARRELLACodice Fiscale: VRRNTN129H09A783H

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):

AZIENDA ASST Melegnano e Martesana
LIBERO PROFESSIONALE IN OST. CLIN.

- 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-20In 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

Il/la sottoscritto/a CHIARA RANDAZZO

Codice Fiscale: RNDCHR79L71F205U

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

- 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

10/9/2020

In fede FIRMA

Chiara Randazzo

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

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) ROBERTO PANNI

Codice Fiscale PNN RRT 97E18F671 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 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):

- ROMICAL LINE CONSULTING (ROMA)
- PORTACOOP (SOTTOBOSSOLA)
- NOVA MEDICA (BOLOGNA)
- COOPERAZIONE LIBERO PROFESSIONALISTE
- QUARTE OSTETRICA

- 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 23/7/2010

In fede FIRMA Roberto Panni

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

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 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 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

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

La sottoscritta ILARIA 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.

Data 11/5/21

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

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**

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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionaliIl/la sottoscritto/a (nome e cognome) VERONICA TRESOLDICodice Fiscale: TRSVNCRBQDGSF119E

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 PROFESSIONALE
- ARMONIA ONLUS, COLLABORAZIONE LIBERO PROFESSIONALE
- UNIVERSITÀ TELEMATICA EQUIMPUS, COLLABORAZIONE OCCASIONALE
- ATTIVITÀ PRIVATA (STUDIO-FORMAZIONE--)

- 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 30/10/2020

In fede FIRMA

Veronica Tresoldi

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

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) TANYA SALVATORE

Codice Fiscale SLVTNY87L69C632W

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 SAN DONATO S.P.A. IRCCS con sede
legale in San Donato Milanese (MI), Via Italo Calvino n. 30
Dal 1/1/20 alle attività attive
libero Professionista - Medico I livello Cardiologia
Operatore

- 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 23/6/2

In fede FIRMA Tanya Salvatore

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

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) MATTEO CASENGHI

Codice Fiscale CSNMTT88D294E013

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 POLICLINICO SAN DONATO, ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE
CARDIOLOGO

- 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 25/06/2020

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

AUTORIZZO LA PUBBLICAZIONE 



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 (nome e cognome) CLEMENCE HERMINE
TCHOKOTHE POUNGOUVE

Codice Fiscale: TCHCMN86B50Z3060

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 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):

LIBERA PROFESSIONE PRESSO KOS CARE S
PER PRESTAZIONI DI GUARDIE MEDICHE NOTT
NE PRESSO H. CASORATE PRIMO.

- 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 di 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 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 08/07/2019

In fede FIRMA _____

ASST MELEGNANO E DELLA MARTESSANA
Presidio Carusco s/N - V.le Prati 1
Sede: Vaprio d'Adda
U.O. MEDICINA GENERALE
Dott.ssa Clemence Tchokothé
C.F. TCHCMN86B50Z3060

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

Il/la sottoscritto/a GIANNOTTI CLAUDIO;

Codice Fiscale: 6NT CLD 90D25 A3260;

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):

- UNIMI: contratto di specializzazione
- AST VAL PADANA continuità assistenziale

- 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

30/9/21

In fede FIRMA

Giannotti

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 professionaliIl/la sottoscritto/a (nome e cognome) ZSOLT MACYGANCodice Fiscale: M CY ZLT 78 B 15 Z 1 29 X

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

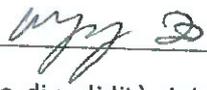
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):

- COOP. AD NURSING - COLLABORATORE - INFERMIERE P.

- CL. COLUMBUS - COLLABORATORE - INFERMIERE P.

- 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 24.03.2021In 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

Il/la sottoscritto/a TALLINI MATTEO;

Codice Fiscale: TLLMTT92C07C523N;

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 31/3/2021

In fede FIRMA TALLINI MATTEO

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

Il/la sottoscritto/a KOLICI SPIRO _____;

Codice Fiscale: KLC SPR 81L 15Z100Q _____;

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 CARUGATE
VIA: DELLA CAPPELLETTA 5.

- 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

Kolici Spiro

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/collaboratori professionali

Il/la sottoscritto/a ELENA ANDREASI

Codice Fiscale: NDR LNF95T661274A

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):

- AROE' DI DOT. CLAUDIO BOIENTI E CO S.A.S
RAPPORTO DI COLLABORAZIONE LIBERO - 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.

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 18/12/2020

In fede FIRMA

Andreasi Elena

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

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

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

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