Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a BARDIS ABDEL GHANI;

Codice Fiscale: BDLBDS79E46C003T;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 IN LIBERA PROFESSIONE CON POLICLINICO SAN DONATO PRESTAZIONI AMBULATORIALI DI CARDIOLOGIA
- ATTIVITÀ IN LIBERA PROFESSIONE CON C.M.P. PRESSO GALLARATE E SARONNO (GUARDIE CARDIOLOGICHE).
- MEDICO SPECIALISTA IN CARDIOLOGIA, ATTIVITÀ CONSULENZA, PRESSO I.R.C.C.S. FONDAZIONE MONDINO
- MEDICO SPECIALISTA IN CARDIOLOGIA SMART CLINIC BELLINZAGO

- che l'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 13/05/2024

In fede FIRMA Bardis Abdel

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# 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 ABUGHAYADA HABIB;

Codice Fiscale: BGHHBR82A01Z161W;

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

**DICHIARA**

- di intrattenere rapporti 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 Radiacoop. Medico Radiologo
- MIC - Gruppo Medical line consulting. cooperativa che raccolta medici.

- che l'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 31/08/2024

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a ACCETTA DANIELA;

Codice Fiscale: CCTDNL87E41Z600F;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 30/09/24

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a Tareq Ahmad ;

Codice Fiscale: HMDTRQ95A16Z240B ;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 17/12/2024

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a Alò Awwad Ali ALHA'AITSA;

Codice Fiscale: LHTLWA85H01Z222IC;

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

## DICHIARA

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

Clinica Zucchi Monza (collaborazione in libera professione) 2 giorni al mese.

Clinica Sansino Milano (collaborazione in libera professione 2/3 giorni al 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
29/06/2023

In fede FIRMA Alò Awwad

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# 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 ALAINELLI;

Codice Fiscale: LNPRZ54H69F205P;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 in via Visconti 7 S. Donato al Lambro 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.

Data 8/5/2024

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a AMMESSO SONIA ANNA ;

Codice Fiscale: MMSSNN83L65F205J ;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 BISPECIALISTICO "KIMMEDICAL CENTER" UBICATO IN VIA RIVOLTANA 16. - COLLABORAZIONE IN LIBERA PROFESSIONE - PSICOLOGO / PSICOTERAPEUTA
- "CENTRO ARMONIA" COSSIMO DE PECOLI N°2 BERGAMO 3 - COLLABORAZIONE IN LIBERA PROFESSIONE - PSICOLOGO / PSICOTERAPEUTA
- "STUDIO FISIOMED" VIGNATE - CONSULENZA IN LIBERA PROFESSIONE 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

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a ANGELINI GIANMARCO;

Codice Fiscale: NGLGMR90H01H096L;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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, MEDICO CARDIOLOGO DI I LIVELLO;
- SMART CLINIC, LIBERA PROFESSIONE, CONSULENTE CARDIOLOGO;
- POINT RAF, LIBERA PROFESSIONE, CONSULENTE CARDIOLOGO.

- che l'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 28.10.2024

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a GABRIELLA ANTONIETTI;

Codice Fiscale: NTNGRL61M67L219X;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 7/02/23

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a ARASO ELISA GIUSEPPINA;

Codice Fiscale: RTA LGS 85C53 F205G;

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

## DICHIARA

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

- SERIANA 2000 - SOCIETÀ COOPERATIVA SOCIALE
  Consulenza → "PROGETTO BUDGET DI SALUTE" MILANO
  TECNICO RIABILITAZIONE PSICH. IN LIBERA PROFESS.
- CENTRO PSICOLOGIA → TEC. RIAB. PSICH. CONSULENTE
  Cooperativa IN LIBERA PROFESSIONE
- INTERVENTI INDIVIDUALI IN LIBERA PROFESSIONE CON SOGGETTI 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 29/11/23

In fede FIRMA Araso Elisa G.

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# 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 Vincenzo Arone;

Codice Fiscale: RNAVCN58M25L219X;

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

## DICHIARA

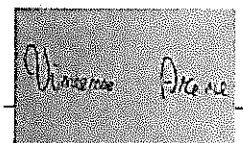
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):

Pediacoop ( privato ) , rapporto libero professionale,
medico accettante DEA

- che l'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 14/10/2024

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a LUCA ARZUFFI;

Codice Fiscale: RZFLCU91A27L400F;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 Donato (LR)

- che l'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 29/10/2024

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a AULETTA FRANCESCO;

Codice Fiscale: LTT FNC 78E19 224I;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 9CARE - ROMANO DI LOMBARDIA - BERGAMO

- che l'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

1/12/25

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a AVELLINO FABIO;

Codice Fiscale: VLLFBA94T28F205J;

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

## DICHIARA

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

MHS;
AFFIDEA
GRUPPO SAN DONATO
LILT
FONDAZIONE DON GNOCCHI
BIANACISI
CERBA
CASA DI CURA S. GIOVANNI
ECOTERM
CAHTU

- che l'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 08/9/2023

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a STEFANO AVONDO;

Codice Fiscale: VNDSFN90R05G388A;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 C/O IRCCS POLICLINICO SAN DONATO
- ATTIVITA AMBULATORIALE COME CARDIOLOGO C/O:
  - AMBULATORIO "IL SORRISO" - BINASCO
  - AMBULATORIO "SAN MASSIMO MEDICAL" - STRADELLA
  - SMART CLINIC - PIEVE FISSIRAGA

TUTTE ATTIVITA 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 30/10/24

In fede FIRMA Stefano Avondo

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# 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 ANTONIA MARIA AZZARONE;

Codice Fiscale: ZZRNNM58L21L842L;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 3/6/2024

In fede FIRMA Antonia Maria Azzarone

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# 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 MARIO BABBARO;

Codice Fiscale: BBBMRA70H12G230C;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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' CARDIOLOGICA - LIBERO PROFESSIONISTA

- FISIOGLOBE - ATTIVITA' DI CONSULENZA CARDIOLOGICA - LIBERO PROFESSIONISTA

- CENTRO SALUTE SRL - VIBERVANO - ATTIVITA VISITE CARDIOLOGICHE - 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 25-03-2025

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

MADE WITH Scanner App

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a SERGIO ITALO BAGGIO;

Codice Fiscale: BGGSGT51P10F205L;

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

**DICHIARA**

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

PEDIACOOP (dal 12.23 a
(MEDICO CERTIFICATORE) Lettera)

- che l'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 9.6.2024 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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

Il/la sottoscritto/a BALCEANU ANICUTA GIANINA;

Codice Fiscale: BLC NTG 82H 44Z 129 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):

- ASST SANTI PAOLO E CARLO - Collaborazione incarico libero Professione - Pubblico
- COOP. NUOVA SAIR - INCARICO S. OPERATORIE collaborazione libero 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 2.4.25

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a BALLARDINI GIOVANNI;

Codice Fiscale: BLLGNN50E04H039N;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 SAN FRANCESCO
ISTITUTO MADRE RUBATTO
Via IV NOVEMBRE 7 BERGAMO

- che l'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 02 2025

In fede FIRMA Dott. Giovanni Ballardini

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. Giovanni Ballardini**
Medico Chirurgo - Specialista in:
Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva
Malattie del Fegato e del Ricambio
- P.IVA 09875120967
Cod. Fisc. BLLGNN50E04H039N

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

Il/la sottoscritto/a ALESSANDRO BARACCO ;

Codice Fiscale: BRRLSN76B12D969L ;

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

DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 GALEAZZI SANT'AMBROGIO - LIBERO PROFESSIONISTA C/O PRONTO SOCCORSO - C/O UO CHIRURGIA TORACICA.
- I-HELP - CONSULENTE 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 18-4-2025

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a dr. BATTISTA ANTONIO;

Codice Fiscale: BTTNTN57H13A489A;

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

## DICHIARA

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

AOU RUGGI D'ARAGONA SALERNO – SPECIALISTA AMBULATORIALE UOC CHIRURGIA D'URGENZA

- che l'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 1/4/25

In fede FIRMA

Dr Antonio Battista
Medico-Chirurgo Specialista
C.F. BTTNTN57H13A489A
O.M. SA 4921

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 BELLOCCI ETTORE sottoscritto/a

Codice Fiscale: BLLTTR75T28H501H

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 BRIANZA
COOP IL GABBIANO
CLINICA S. ANNA MERANO
Le attività sono a libera professione per un totale di n 96 ore/anno

- che l'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.

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a ALBERTO MARIA BERGAMO;

Codice Fiscale: BRGLRT91S11F205T;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 LODIGIANA - LP
COOP. LA FENICE - LP

- che l'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 28/10/2024

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a BERNARDI ELEONORA;

Codice Fiscale: BRNLNR91D63F205U;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 RENATO PIATTI - MILANO -
CONTRATTO DA 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 3/02/2025 In fede FIRMA Eleonora Bernardi

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# 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 ELISABETTA BERNARDI;

Codice Fiscale: BRNLBT93C50G479P;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 AL MOMENTO

- che l'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 25/02/2025

In fede FIRMA Elisabetta Bernardi

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

CamScanner

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a MARA BERTINI;

Codice Fiscale: BRT MRA 69B55 F205M;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 di Ricerca in Psicologia Clinica (A.R.P.) piazza S. Ambrogio n. MILANO - collaboratore in attività di docenza e consulente psichiatra.

Ministero della Giustizia in qualità di perito psichiatra e Consulente Tecnico per la Procura della Repubblica.

Synlab polidiagnostico Monza (MB) medico psichiatra

- che l'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 08/05/2025

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a BERTONI MARINA;

Codice Fiscale: BRT MRN 73T41E648O;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 di psicoterapeuta c/o 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 18/8/2023

In fede FIRMA Marina Bertoni

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# 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 Caterina Bielli

Codice Fiscale: BLLCRN69H41F119G

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 e Carlo qualifica: puericultrice di ruolo con contratto part time.

ASST Melegnano e Martesana:contratto libero professionale psicologa presso la sede Territoriale di Neuropsichiatria Infantile di Gorgonzola.

- che l'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.

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

Data, 30.9.2024

In fede

FIRMA dr.ssa Caterina Bielli

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a EMANUELA BIRAGHI;

Codice Fiscale: BRGMNL71E42E094E;

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

## DICHIARA

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

- professore a contratto per 20 ore annuali per il corso di statistica sociale SECS-05 in C.D.L in Assistenza Sanitaria, Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, UNIMI

- consigliere comunale presso Comune di Gorgonzola

- che l'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 11/07/2024

In fede FIRMA Biraghi Emanuela

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

Modulo 1

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

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

La sottoscritta **Bocconcello Barbara**

CF BCCBBR65S60M089C

Consapevole della responsabilità 'e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre2000, n .445 e delle ulteriori norme in materia,

DICHIARA

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

1.**Rovattiplan** in via Olanda 23 /b Melzo come studio ginecologico da libero professionista

2. **Humanitas Gavazzeni** come libero professionista ginecologo

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

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

In fede ,28/10/2024

IL DICHIARANTE

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

La sottoscritta Michela Bonalumi

Codice Fiscale: BNLMHL78M70F205B

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 in libera professione
- Attività di collaborazione in libera professione con il servizio UnoBravo.

- che l'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 18/3/2025



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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# 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 MAURIZIO BONFICHI;

Codice Fiscale: BNF MRZ 55P22 G264 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):

Cl. Città di Paullo (Gruppo S. Donato)
AMB Ematologia

- che l'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 30/4/25

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a **Bonfiglio Giuseppe**;

Codice Fiscale: **BNFGPP54C14F158H**;

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

## DICHIARA

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

- consulenza Ortopedica a chiamata con società che effettua consulenze specialistiche Ortopediche.

- che l'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 31/10/2023

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a Borin Andrea;

Codice Fiscale: BRNNDR90R07A859J;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 - libero professionista
Casa Della Salute (Biella) - 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 30/12/2024

In fede FIRMA Andrea Borin

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# 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 Bozzetti_____;

Codice Fiscale:_____BZZVNT76R70F205O_____;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 CO.CO.CO CON ISTITUTO SCIENTIFICO SAN RAFFAELE, MILANO

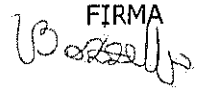
LIBERA PROFESSIONE CON PEDIACOOP

- che l'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

17/12/2024 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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a BRIZZI ANTONELLA;

Codice Fiscale: BRZ NNL 83L52L063P;

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

## DICHIARA

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

MATER DOMINI HUMANITAS, MEDICO DI PS. (CESSATO)

- che l'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 22/10/24

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a BRUNI FABIO;

Codice Fiscale: BRNFBA74L16F158I;

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

## DICHIARA

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

CAB POLIDIAGNOSTICO SEDE ERBA
BARZANO'

- che l'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 28/05/2024

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a Francesca Campostrini_;

Codice Fiscale:_____CMPFNC67M67F205D_____;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 Ael onlus– Psicologa-rapporto libero professionale con partita IVA
-Cooperativa Laboratorio di Gruppoanalisi- Psicologa psicoterapeuta- rapporto libero professionale con partita IVA
-Associazione L'Impronta- Psicologa supervisore- rapporto libero professionale con partita IVA
-Coirag ETS- Docente Scuola di specializzazione in Psicoterapia- Docente Workshop Esperienziale- rapporto libero professionale con partita IVA

- che l'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 febbraio 2024

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a MICHELA CAPUCETTI;

Codice Fiscale: CP CMHL 91T68 G388K;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 Ovest Milanese
contratto come logopedista in libera professione presso la Struttura Semplice Dipartimentale Neuropsichiatria Infanzia Adolescenza nell'ambito del progetto regionale denominato "Riduzione delle liste d'attesa relative a prestazioni di logopedia e/o rivolte a pazienti affetti da sindrome dello spettro autistico o disabilità" complessa "codice 6052, per 17 ore settimanali (816 ore/anno).

- che l'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 23/04/2024

In fede FIRMA Michela Capucetti

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# 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 CAZZACCIOLO MAURIZIO;

Codice Fiscale: CZZMRZ74L03F205X;

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

## DICHIARA

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

SANTA COSTANZO 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 17/01/24

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il la sottoscritto/a [illegible];

Codice Fiscale: [illegible];

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

## DICHIARA

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

- MONAMITAS SAN PIO X, collaborazione in L.P., anestesia e rianimazione
- VILLA ARBE, L.P. anest.
- Studi odontoiatrici Privati, anestesia
- Studi anest Tredo-Cecchi, L.P., anest.

- che l'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 2/7/24

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*

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a CARNIO PATRIZIA;

Codice Fiscale: CRN PRZ 56L48 G535 P;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 30/12/2024

In fede FIRMA Patrizia Carnio

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# 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 SILVIO RICCARDO CARDINESE;

Codice Fiscale: CRDSVR96E21B201K;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 - COLLABORAZIONE LIBERO PROFESSIONALE PRESSO IL PRONTO SOCCORSO DELL'OSPEDALE DI VOGHERA
- 9CARE - COLLABORAZIONE LIBERO PROFESSIONALE PRESSO UNITA' DI CURE CONTINUATIVE DI HUMANITAS ROZZANO

- che l'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

02/04/2025

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a FRANCESCO PAOLO CASCINO;

Codice Fiscale: PSC FNC 68 A 2P G273X;

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

## DICHIARA

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

VOLO ATTIVITA' LP PRESSO COOPERATIVE

- che l'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 26/9/2024

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

La sottoscritta CASCIONE MARIA LETIZIA;

Codice Fiscale: CSCMLT82B66F052R;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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: Sporting Medical Center (Studio medico privato – sedi di Milano 3-Basiglio/Rozzano)
- profilo professionale: psicologo psicoterapeuta, referente équipe autorizzata da ATS alla prima certificazione DSA valida ai fini scolastici
- tipologia del rapporto: Libero professionale
- tempo parziale

- denominazione Ente: Epos- Evoluzioni e storie nuove (Studio privato multiprofessionale - Melegnano)
- profilo professionale: PSICOLOGO di équipe autorizzata da ATS alla prima certificazione DSA valida ai fini scolastici
- tipologia del rapporto: Libero professionale
- tempo parziale

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

amministratore o gerente o dirigente.

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

Data 20.4.2024

In fede FIRMA Maria Letizia Cassine

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# 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 CASTAGNA Yvo;

Codice Fiscale: CSTYVO51L22Z110H;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 AMBROSIANA (LP)

RSA BORROMEA (LP)

- che l'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 10/06/2024

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a ISABELLA CASTIGLIONE;

Codice Fiscale: CSTSLL90D51A488J;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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
22/04/2025

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

Scanned with CamScanner

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a CATENACCI ALBERTO;

Codice Fiscale: CTNLRT77E02F205L;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 13-12-24

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 CANINA MARCO ,

Codice Fiscale: CNMRAG83H13E283R ;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 CON INCARICO LIBERO PROFESSIONALE PER LO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' DI INFERMIERE PRESSO IL CAL di CASSANO D'ADDA E IL CAD DI DIALISI DI 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 28/4/2024

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

Scansionato con CamScanner

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a GIAN LUIGI CELENTANI;

Codice Fiscale: CLNGLG54C25F839H;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 DELLA COOPERATIVA PEDIACOOP PREGRESSA E OCCASIONALE COLLABORAZIONE COME PEDIATRA IN TURNI OSPEDALIERI

- che l'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
15-2-2025

In fede FIRMA Gianluigi Celentani

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# 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 FRANCESCO CELESTINA;

Codice Fiscale: CLSFNC82L31Z112K;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 FOMARCHI ONLUS

- CLIENTI 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 16/5/24

In fede FIRMA Francesco Celestino

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# 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 _____Alice Centola_____;

Codice Fiscale:_____CNTLCA94R43A488Y_____;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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: contratto di incarico libero professionale per cardiologo
- Società e salute S.p.A. (Sant'Agostino): contratto di prestazione professionale medico-specialistica "a prestazione".

- che l'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

12/03/2025 In fede FIRMA Alice Centola

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# 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 Elisa Ceriani;

Codice Fiscale: CRNLSE87A48F205M;

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

## DICHIARA

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

Dipendente a tempo indeterminato part-time per Fondazione L'Albero della Vita in qualità di Educatore Professionale

Consulente per équipe n. 99 (autorizzata alla prima certificazione DSA da ATS di Milano) "Parole in Movimento" in qualità di Pedagogista

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

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

Data 09/04/2024

In fede FIRMA Elisa Ceriani

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# 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 dott Enrico Ceriani nato a Como 14/05/51 e residente a Melegnano 20077
via G. Frassi n. 30
Codice Fiscale:CRNNRC51E14C933B;

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

## DICHIARA

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

LILT Lega Italiana Lotta Tumoro - 20100 Milan - Via Neera - consulente attività libero professionale per 4 ore al mese

FISIO432 - piazza Garibaldi 10 Melegnano 20077 - Poliambulatorio per attività libero professionale per 2 ore settimana

BORROMEO MEDICA via Papa Giovanni 23° n. 23 Peschiera Borromeo - Poliambulatorio per attività libero professionale per 2 ore settimana

NAGA ONLUS Associazione di volontariato per assistenza stranieri - via Zamenhof Milano — attività di volontariato per 2 ore settimana

- che l'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 05/05/2025

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

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 CESENA ANNA;

Codice Fiscale: CSNNNA58L51F819Z;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 04.04.25

In fede FIRMA Anna

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# 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 CHIESA CRISTINA;

Codice Fiscale: CHSCST72M71C872N;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 29/04/25

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

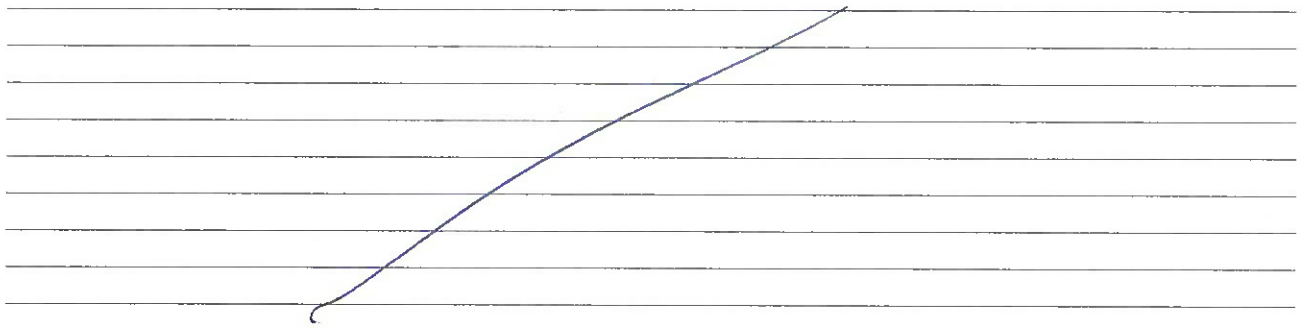
Il/la sottoscritto/a Dott CHIHADE BECHIR;

Codice Fiscale: CHH BHR 46T 14Z 240T;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 05/07/2022

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a GIUSEPPE CHIRICO;

Codice Fiscale: CHRGPP54S26F839N;

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

## DICHIARA

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

IC MATER DOMINI SPA
ASST DELLA VALLE OLONA

- che l'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 24/9/2024

In fede FIRMA Giuseppe Chirico

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ

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

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

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

CodiceFiscale: **CMMMRC60S25H501P**

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

## DICHIARA

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

1) Attività libero professionale in qualità di Medico Competente (D. Lgs. 81/08 e s.m.i.) mediata da **Gruppo Sfera Srl** (Sicurezza, Salute, Igiene del Lavoro - Medicina del Lavoro - Igiene Ambientale - Igiene Alimentare - Acqua, Aria, Rifiuti - Analisi di Laboratorio - Sistemi di Gestione ambiente e sicurezza) – 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:

**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, 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: 17/11/2024

In fede FIRMA Marco Ciammella

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a GIULIA CARMELA;

Codice Fiscale: CRMGLI85C471449U;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 TURRO : DIPENDENTE TEMPO INDETERMINATO
- SMART CLINIC BICOCCA : COLLABORAZIONE LIBERO - PROFESSIONALE P.IVA

- che l'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 05/09/2024

In fede FIRMA Giulia Carmela

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# 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 ANDREA CITTERIO;

Codice Fiscale: CTTNDR88T03C357Y;

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

## DICHIARA

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

- PEDIACOOP – SOCIETA' COOPERATIVA, LP (36 h/MESE)
- IMS IMAGING MEDICAL SERVICE SRL, LP (48 h/MESE)
- GRUPPO ISENI SANITA' S.R.L. – ISTITUTI DI RICOVERO E CURA, LP (16 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 01/09/2024

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**

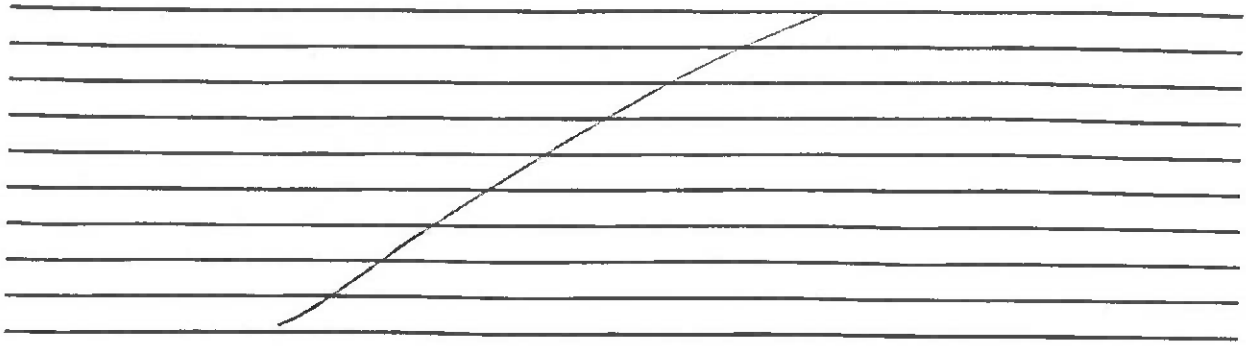
Il/la sottoscritto/a CIVELLI MARTINA;

Codice Fiscale: CVLMTN96L62I577A;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 07/04/2024

In fede FIRMA Martina Civelli

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

Scanned with CamScanner

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a CLERICI CHRISTIAN;

Codice Fiscale: CLRCRS91A07M102F;

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

## DICHIARA

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

MHS
AFFIDEA
FONDAZIONE DON GNOCCHI
GRUPPO SAN DONATO
LILT
CERBA'
CASA DI CURA S. GIOVANNI
BIANACISI
CESMED
ALLIANCE 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
08/09/2023

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il sottoscritto Luca COLAPAOLI, codice fiscale CLP LCU 64E11 F205D, consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,

## DICHIARA

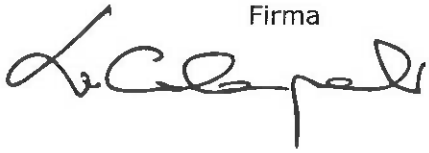
- intrattenere rapporti di collaborazione retribuiti con soggetti privati, anche accreditati, nonchè a favore di singoli utenti, condizioni che non hanno alcuna rilevanza e non comportano alcuna limitazione relativa ad attività libero professionali con la ASST Melegnano e Martesana, o qualsiasi altro soggetto pubblico o 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 21 Ottobre 2024

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a EMMA COLOMBO;

Codice Fiscale: CLMMME97E60L667F;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 ONLUS - CONTRATTO D'OPERA - ATTIVITA' LIBERO-PROFESSIONALE DI LOGOPEDISTA
- ASSOCIAZIONE CENTRO PSICOLOGIA COUNSELING - CONTRATTO DI PRESTAZIONI D'OPERA - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE 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 31/01/2025

In fede FIRMA Emma 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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a COLUCCIA PAOLO MARIA;

Codice Fiscale: CLCPMR57D19F205N;

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

## DICHIARA

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

Europ Assistance spa (Rimborsi e/o accompagnatori Sanitari)

- che l'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 31/05/2024

In fede FIRMA Paolo Coluccia

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# 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 Dilotto Caroline;

Codice Fiscale: CRDLTP84M58H501V;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 16/11/23

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a CORDÌ VALERIA VIORICA;

Codice Fiscale: CRDVRV71H63Z129T;

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

## DICHIARA

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

DIALCARE MILANO - IL RAPORTO FINISCE IL 31/05/24.

- che l'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

21/04/2024

In fede FIRMA Cordì Valeria Viorica

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# 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 Cozza Elena;

Codice Fiscale: CZZLNE95A44H501S;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 Cardiologo Gettonista con contratto da libero professionista presso l'IRCCS Policlinico San Donato, San Donato Milanese (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.

Data
03/02/2025

In fede FIRMA Elo Cu

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# 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 CRISCIONE ENRICO;

Codice Fiscale: CRSNRC 81D 20H163F;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 – L.P. – ATTIVITÀ DI CARDIOLOGIA CLINICA ED ELETTROFISIOLOGIA
- CENTRO MEDICO VISCONTI DI MODRONE – L.P. – ATTIVITÀ AMBULATORIALE
- CERBA HEALTHCARE – L.P. – ATTIVITÀ AMBULATORIALE
- OSPEDALE SAN CARLO PADERNO DUGNANO – L.P. – REPERIBILITÀ ELETTROFISIOLOGICA
- OSPEDALE DI GRAVEDONA ED UNITÀ – L.P. – REPERIBILITÀ DI ELETTROFISIOLOGIA

- che l'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 26/02/2025

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a Giovanni Criscione;

Codice Fiscale: CRSGNN83P06H501F;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 presso ospedale di Vizzolo Predabissi e Comunale Nel maggio, impiego come CP cardiologo.
- Pediacoop: impiego come CP Cardiologo.

- che l'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 15/02/2025

In fede FIRMA Giovanni Criscione

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# 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 CRUPI ANNA CARMELA MARIA;

Codice Fiscale: CRPNCR56L70H224R;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 PRESSO STUDIO POLISPECIALISTICO "CENTRO GINNASTICA MEDICA" - MELEGNANO - 2/3 ORE SETTIMANALI

- ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE PRESSO STUDIO POLISPECIALISTICO "LINEA MEDICA" DI S. DONATO MILANESE - 5 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

9/10/2024

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a D'ALESSANDRO GIAN LUCA;

Codice Fiscale: DLSGLC94S28D969V;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 PAVIA, SPECIALIZZANDO DI MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI, FORMAZIONE SPECIALISTICA (ATTIVITA PRATICA IN REPARTO, DIDATTICA FRONTALE)

- che l'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

06/02/2025

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a LUCA DAMIANI;

Codice Fiscale: DMNLCA96B06C111O;

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

## DICHIARA

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

Specializzando presso Scuola di Ortopedia e Traumatologia dell'Università Statale di 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
16/7/24

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a DATTOLO FEDERICA;

Codice Fiscale: DTTFRC96L50D122Y;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 06/02/2025

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a D'ANNA SALVATORE;

Codice Fiscale: DNASVT81E31L845W;

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

## DICHIARA

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

PCARE, 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
28.10.24

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a DE AMICIS FRANCESCA;

Codice Fiscale: DMC FNC 78H 17F839D;

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

## DICHIARA

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

HUMANITAS GAVAZZENI - DIRIGENTE MEDICO A TEMPO INDETERMINATO
36 h 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
16-6-24

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a VALENTINA DE FILIPPO;

Codice Fiscale: DFLVNT86H56H926B;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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) Istituto Clinico Città Studi Milano, dirigente medico in Cardiologia – collaboratore come 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 07/11/2024

In fede FIRMA Valentina de Filippo

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# 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 __ Mercedes del Fresno Navarro_____;

Codice Fiscale:___DLFMCD91A56Z131S_____;

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

## DICHIARA

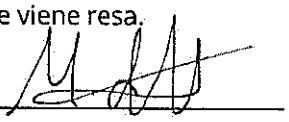
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):

ASST Valle Olona : contratto di lavoro autonomo di natura professionale di medico specialista in pediatria

Novamedica Soc. Coop. Sociale O.N.L.U.S: rapporto come libero professionista presso la pediatria dell' Ospedale di Chioggia

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

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

Data 07/04/2025 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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a DEMMASSE MARCELLIN;

Codice Fiscale: DMMMCL86E04Z306Z;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 DI MODENA (CARPI) → NOVAMED. L.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

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a DI DIO FERDINANDO;

Codice Fiscale: DDI FDN 55C06C 342G;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 Rozzano 08/05/2025 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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a DI LODOVICO SIMONE;

Codice Fiscale: DLDSMN81B19H501M;

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

## DICHIARA

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

CAPMED - Contratto 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 13/01/25

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

Scansionato con CamScanner

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a ___Silvana Di Maio_____;

Codice Fiscale:_____DMISVN93M68F912W_____;

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

## DICHIARA

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

Humanitas Mirasole spa, contratto di Libera Professione presso l'unità operativa di Ecocardiografia, presso la Cardiologia della sede Humanitas ICH Research Hospital, Rozzano, 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 28.09.24

Silvana Di Maio

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/lasottoscritto/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 DISTRETTO VISCONTEO

ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE MEDICO VACCINATORE PER CONTO DELLA ASST MELEGNANO E DELLA MARTESANA SEDE DI BINASCO

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 28/04/2025

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a 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 13.6.24 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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a ELOISA DIAS PEREIRA;

Codice Fiscale: DSPLSE85H547602Z;

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

**DICHIARA**

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

CARE PROJECT - LP
STUDIO ASSOCIATO MEDICINA DI BASE (CASSINA D/P e CARUGATE) LP

- che l'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

24/01/2025 In fede FIRMA Eloisa Dias Pereira

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# 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 Dipierri_____;

Codice Fiscale:_____DPRFNC94S49C469B _____;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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) centro sole SCS contratto in libera professione come psicologa
2)privati cittadini con cui lavoro in studio in qualità di 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

09/04/2025 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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a DONATELLI LUIGI;

Codice Fiscale: DNTLGU87C05F119V;

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

**DICHIARA**

- di intrattenere rapporti 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 MARCO DI ZINGONIA - LAVORO CON CONTRATTO DI DIPENDENZA A 36 ORE SETTIMANALI
- FONDAZIONE CAIMI DI VAILATE - LAVORO CON CONTRATTO DI LIBERA PROFESSIONE A 8 OPPURE 16 ORE AL MESE
- ASST DI MELEGNANO CON CONTRATTO IN LIBERA PROFESSIONE A CIRCA 18 h A SETTIMANA

QUESTI IN ELENCO SONO LE UNICHE DISPONIBILITÀ CHE ATTUALMENTE FORNISCO AI MIEI DATORI DI LAVORO E DALLE QUALI RICEVO UNO STIPENDIO

- che l'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 19/06/2024 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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a DUCA ALESSANDRA;

Codice Fiscale: DCULSN97C65L667G;

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

## DICHIARA

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

CENTRO PSICHE E SOMA (PIOLTELLO), LIBERA PROFESSIONE, LOGOPEDISTA PER CIRCA 16 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 03/05/2024

In fede FIRMA Alessandra Duca

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# 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 EL MASRI YEHIA;

Codice Fiscale: LMSYHE83A01Z229T;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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

25/10/2024

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a ALVARO JAVIER ESCOBAR ORDOÑEZ ;

Codice Fiscale: SCBLRJ89C23Z605H ;

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

## DICHIARA

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

DI COLLABORARE CON FERB ONLUS IN CONTRATTO DI COLLABORAZIONE PER ATTIVITA' INFERMIERISTICHE.

- che l'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 30-04-2024

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a ELINA AYOWIE EZOMO;

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):

COLLABORO CON ANNIAZZURRI/KOSCARE UNITA' DI RIABILITAZIONE COME INFERMIERA PROFESSIONALE IN REGIME DI 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 21/05/2024

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a ORIETTA CINZIA FACCNCAN;

Codice Fiscale: FCNRTC55A62F205R;

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

## DICHIARA

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

comunità terapeutica residenziale per adolescenti Antonio Boschetti - Via Padre Lino Salerno 51-20151 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 19/05/25

In fede FIRMA Orietta Cinzia Facchin

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# 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 _____FEBE FARRUGGIA_____;

Codice Fiscale:_____FRRFBE00C44B602J_____;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 Ospedale Maggiore di Crema, libero professionista presso l'Unità Operativa di Neuro e Psichiatria Infanzia e Adolescenza in qualità di Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva

Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus, libero professionista presso Ambulatorio di Melzo in qualità di Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva SINO AL 28/10/2024

Farruggia Febe

- che l'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 24/10/2024

In fede FIRMA Febe Farruggia

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Io sottoscritta SILVIA PASATI

Codice Fiscale: PSTSLV81L47Z056P;

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

## DICHIARA

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

- ARS PEDIATRICA- COLLABORAZIONE IN LP- PRESTAZIONE SANITARIA
- D.SSA ANNAMARIA MARADEI- COLLABORAZIONE OCCASIONALE- PRESTAZIONE SANITARIA
- D.SSA LYCIA MORAGHI- COLLABORAZIONE OCCASIONALE- PRESTAZIONE SANITARIA

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

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

Data 15/05/2024

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a MARIAGRAZIA FATIGUSO;

Codice Fiscale: FTTMGR92L41L845M;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 AMBROSIANA, CONTRATTO DI LAVORO LIBERO PROFESSIONALE, MEDICO GENERICO

- che l'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 APR 2025

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a dott. FAVIA GIANCARLO;

Codice Fiscale: FVAGCR64M26A662N;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 ATTUALMENTE SVOLGE:
(1) COME MEDICO LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO IL PRONTO SOCCORSO DEL "BASSINI" A CINISELLO BALSAMO DAL FEBBRAIO 2024 IN SEGUITO A BANDO DI PUBBLICA SELEZIONE. (CIRCA 50-80 ORE MENSILI) - ASST NORD MILANO
(2) COME MEDICO LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO IL PRONTO SOCCORSO DI DESIO (ASST BRIANZA) DA LUGLIO 2024 IN SEGUITO A BANDO DI PUBBLICA SELEZIONE (CIRCA 40-60 ORE MENSILI)
(3) COME MEDICO LIBERO PROF., SOCIO DELLA COOPERATIVA MEDICAL LINE CONSULTING, (PRONTO SOCCORSO DI VERCELLI E BORGOSESIA) PER CIRCA 20-50 ORE MENSILI

- che l'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 14/10/24

In fede FIRMA Giancarlo Favia

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# 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 BARBARA FERRARI;

Codice Fiscale: FRRBBR95T44D869C;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 FORMAZIONE SPECIALISTICA IN MEDICINA D'EMERGENZA-URGENZA PRESSO HUMANITAS UNIVERSITY.

- che l'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 8/01/2025

In fede FIRMA Barbara Ferrari

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# 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 FERRARI MASSIMO ;

Codice 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):

- che l'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 03/09/2024

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a MATTEO FERRARI;

Codice Fiscale: FRRMTT98B07B180S;

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

## DICHIARA

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

SPECIALIZZANDO in MALATTIE dell'APPARATO CARDIOVASCOLARE presso UNIVERSITÀ degli STUDI di 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
30/10/2024

In fede FIRMA Matteo Ferrari

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

Scansionato con CamScanner

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a FERRARIS PAOLA MARIA;

Codice Fiscale: FRRPMR61P61F205E;

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

## DICHIARA

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

SMART CLINIC Presa Fisiologia (Gruppo S. Donato)
Sant Agostino presso sede Barona
con contratto libero professionale per attività ambulatoriale di cardiologia

- che l'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 27/01/25

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 DELL'ATTO DI NOTORIETA'

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

DA PRESENTARE ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O AI GESTORI DI PUBBLICI SERVIZI

Il/la sottoscritto/a FICHERA (cognome) PAOLA (nome)

nato/a MILANO (luogo) MI (prov.) il 17/05/1983

residente a TRIBIANO (luogo) ( MI ) (prov) in Via W. TOBAGI (indirizzo) n. 1

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

Di prestare consulenza libero professionale psicologica presso Fondazione Centro per la famiglia Cardinal Carlo Maria Martini onlus, Piazza Nazionale 9, 20056, Trezzo Sull'Adda (MI), Unità Operativa Consultorio Ce.A.F, Via 2 Giugno 6/2, 20068 Peschiera Borromeo (MI), in merito ai progetti di prevenzione ed educazione alla salute.

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

Tribiano, 04/05/2025
(luogo e data)

IL DICHIARANTE

Paola Fichera

Ai sensi dell'art.38, DPR 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana



# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a NICOLAI FIERRO;

Codice Fiscale: FRRNCL93A29A509T;

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

## DICHIARA

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

SANTAGOSTINO SOCIETÀ E SALUTE S PA CON SEDE LEGALE IN VIA TEMPERANZA, 6 20127 - MILANO P.I. 03740811207 C.F. 05128650966 NUMERO REA MI-1798600 RAPPORTO DI CONSULENZA PER ATTIVITÀ AMBULATORIALI RELATIVE ALLA SPECIALIZZAZIONE CARDIOLOGICA

- che l'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 25/10/24

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a ANDREA FINCO;

Codice Fiscale: FNCNDR84P17H501C;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
_HUMANITAS MIRASOLE SPA: dipendente tempo indeterminato, attività di ginecologia
_PEDIACOOPH24 Società cooperativa: collaboratore libero professionista, socio, medico ginecologoco
_LODISALUTE E SANTANGELOSALUTE: collaboratore libero professionista medico ginecologoco

- che l'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 novembre 2024

In fede FIRMA Andrea Finco

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# 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 FNFAR GAD ALMEN;

Codice Fiscale: FNRMNA92B17F205A;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione): MHS:
AFFIDEA
BIANACUSI
FONDAZIONE DON GNOCCHI
GRUPPO SAN DONATO
LILT
FONDAZIONE MAUGERI
ECOTERM
CASA DI CURA S. GIOVANNI
CERBA

- che l'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
9/8/2023

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a FIOCCHI DAVIDE PAOLO;

Codice Fiscale: FCC DDP 68S17 F205R;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 PRESSO IL PROPRIO STUDIO PRIVATO

- ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE PRESSO SPP (SCUOLA DI PSICOTERAPIA PSICOANALITICA) VIA PERGOLESI 27 NOVATE.

- che l'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

07/06/2024

In fede FIRMA Davide Fiocchi

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# 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 _GIORGIO FIORE;

Codice Fiscale: FRIGRG93P06F839D

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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
- CENTRO MEDICO SANTAGOSTINO (SOCIETA' E SALUTE SPA) } 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: 30/10/2024

In fede

Giorgio Fiore

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a ALESSANDRO FIORI;

Codice Fiscale: FRLSN90S30E202L;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 VAL PARMA HOSPITAL, COLLABORAZIONE LIBERO PROFESSIONALE, TECNICO DI RADIOLOGIA MEDICA.

S.T.P RADIOLOGIVX, COLLABORAZIONE LIBERO PROFESSIONALE TECNICO DI RADIOLOGIA 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 14/04/2025

In fede FIRMA Alessandro Fiori

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# 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~~ FORNONI GIANLUCA ;

Codice Fiscale: FRN GLC 88 M24 A794X ;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 DI DIRIGENZA MEDICA - CHIRURGIA EPATICOBILIARE

- che l'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 17/02/2025

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a _____Dottssa Francesca Testa_____;

Codice Fiscale:_____TSTFNC52L60E463V_____ _____;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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' ambulatoriale per visite e diagnostica ecografica osterica e ginecologica_Applicazione dispositivi contraccettivi intrauterini e sottocutanei
Con contratti libero professionali presso:

CF Rozzano Asst Melegnano Martesana n4 h settimanali
CentroMedicoSantagostino n 15 h settimanali
CentroDiagnosticoItaliano n 4 h 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 28.05.2024

In fede FIRMA Francesca Testa

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# 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 RICCARDO FRANZOLINI;

Codice Fiscale: FRNRCR82C14F205S;

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

## DICHIARA

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

di lavorare come libero professionista presso il proprio studio (in LP per 20 ore/sett. c.a.)

- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia 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 15/07/24

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 GALANOPOULOS CHARILAOS;

Codice Fiscale: GLNCRL71L17Z115Q;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 LIBERO PROFESSIONISTA MEDICO PRELEVATORE

ASST-SANTI PAOLO & CARLO LIBERO PROFESSIONISTA MEDICO VACCINATORE

- che l'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

22/03/25

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a RODOLFO GALIMBERTI;

Codice Fiscale: GLM RLF78 S07 F205R;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 - OSTEOPATA

PRESSO 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 06/05/2024

In fede FIRMA Rodolfo Galimberti

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# 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 FLAVIA GENTILINI;

Codice Fiscale: GNTFLV93H63L400X;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 CENTRO "EMOZIONIAMOCI"

- che l'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 14/02/2025

In fede FIRMA Flavia Gentilini

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# 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):

- CONSULENZA PEDAGOGICA IN STUDIO PRIVATO
- SUPERVISIONE PEDAGOGICA PER SEGRATE 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 19/06/24

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a Dott. ANTONIO ALFREDO GIANDOMENICO;

Codice Fiscale: GNDNNL 53S18 F205U;

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

## DICHIARA

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

- ROVATTI PLAN VIALE EINSTEIN 27/29 20062 CASSANO D'ADDA (MI)
- SANT'AMBROGIO MEDICAL CENTER S.R.L. VIA MANZONI 16 VIGNATE (MI) 20060
- NINAR MEDICA VIA R. SANZIO 13/A TREZZANO ROSA 20060 (MI)

RAPPORTO DI COLLABORAZIONE PER VISITE SPECIALISTICHE 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 26.09.2024

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a GIANNETTA VINCENZO;

Codice Fiscale: GNN VCN 89 H30 A399R;

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

## DICHIARA

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

- LAVORO DIPENDENTE SAN RAFFAELE TURRO
- LAVORO LP PUNTO RAF RESPIGHI
- LAVORO LP CONSULENTE RADIOLOGO PEDACOOP

- che l'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 27/08/2024

In fede FIRMA Vincenzo Giannetta

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# 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 **Giordano Andrea**;

Codice Fiscale: **GRDNDR96A24F052B**;

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

## DICHIARA

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

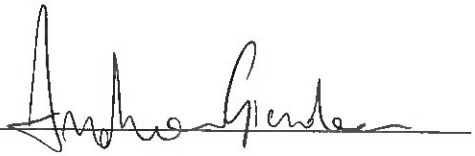
**ASST Bergamo EST - contratto di collaborazione libero professionale - Medico di Continuità Assistenziale**

- 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

**24/02/2025**

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il sottoscritto GIORDANO LUCA;

Codice Fiscale: GRDLCU90S24A662P;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 LP con UO Pediatria del Policlinico San Pietro; prestazioni occasionali LP per Pediacoop società cooperativa

- che l'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 27/02/2025, Milano

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

La sottoscritta Arjola Gjeci

Codice Fiscale: GJCRJL88S49Z100M

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
- Humanitas University (medico in formazione specialistica in Medicina d'Emergenza Urgenza)

- che l'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 08/03/2025

In fede FIRMA Arjola Gjeci

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# 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 BRUNA GJETJA;

Codice Fiscale: GJTBRN95A71Z100Q;

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

## DICHIARA

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

HUMANITAS MATER DOMINI (CASTELLANZA)
in LIBERA PROFESSIONE IN QUALITÀ di MEDICO per LA GESTIONE di CODICI MINORI

RSA VILLA FIAMMETTA (ISPRA) in libero professione
in qualità di MEDICO DI RSA

- che l'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 Bruna Gjetja

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# 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 GABRIELA 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):

- CENTRO PERCORSI - AGRATE BRIANZA - LIBERO PROFESSIONISTA
VIA LECCO, 11
PSICOLOGA - PSICOTERAPEUTA
- COOPERATIVA PROGETTAZIONE - VIA MORONI - PEDRENGO
- LIBERO PROFESSIONISTA - PSICOLOGA - NEUROPSICOLOGA

- che l'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 24/05/2024

In fede FIRMA Gabriela 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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a STEFANO GOLASICI;

Codice Fiscale: GLSSFN75E03D142C;

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

## DICHIARA

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

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

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

Data

In fede FIRMA

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

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

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) AMEDEO GOTTARDO
nato/a PALERMO il 22-04-1957
residente in via/~~loc/frazione~~ ALACE' 10
cap 90151 città PALERMO ( )
Codice Fiscale GTTMDA57D22G273W

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

## DICHIARA

DI ESSERE:

1) LAUREATO in Medicina e Chirurgia presso UNI PA in data 1989
2) SPECIALIZZATO in Ortopedia e Traumatologia presso UNI PA in data 2000
3) ABILITATO all'esercizio della professione presso UNI PA in data 1989
4) ISCRITTO all'O.d. Medici di PA con il N° 10698

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 24-05-2024

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a GRADI ~~ELISA~~ CHIARA;

Codice Fiscale: GRDCHI85E55G388V;

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

## DICHIARA

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

- PSICOLOGO CONSULENTE UONPIA POLICLINICO FONDAZIONE CA' GRANDA MILANO
- PSICOLOGO CONSULENTE SPORTELLO PSICOLOGICO ITIS MATTEI S. DONATO MIL.SE
- PSICOLOGO PSICOTERAPEUTA CENTRO MEDICO S. AGOSTINO MILANO
- ATTIVITA' PRIVATA 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 16/5/21

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a GRIECO SIMONE;

Codice Fiscale: GRCSMN94E10F104G;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 29/10/2024

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a GIORGIO GRITTI;

Codice Fiscale: GRT GRG 56S10 D612 9U;

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

## DICHIARA

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

x POLO RIABILITATIVO GERIATRICO CINISELLO BALSAMO - LIBERO PROFESSIONALE 12/MESE
CENTRO SERVIZI SANITARI SESTO S. GIOVANNI - LIBERO PROFESSIONALE 12/MESE
x CLINICA S. CARLO PADERNO DUGNANO - LIBERO PROFESSIONALE 12/MESE
TRIBUNALE DI MONZA - LIBERO PROFESSIONALE ACHIMPA
PENSIONATO INPS

- che l'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 27/06/24

In fede FIRMA Giorgio Gritti

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# 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 Gro ss. Mari[illegible];

Codice Fiscale: GRSMLS61T61F205H;

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

## DICHIARA

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

ho un'attività psicologica c/o il mio 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 17/5/24

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a GUARNACCIA MATTIA;

Codice Fiscale: GRD MTT 79S10 G388I;

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

## DICHIARA

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

- FONDAZ. CASTELLINI MELEGNANO, LIBERO PROF, INFERMIERE
- COOP GAP (OSP GALLIATE) LIBERO PROF, SALA OP.

- che l'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 11/07/24 In fede GUARNACCIA MATTIA 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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a GUARINO ELISABETTA;

Codice Fiscale: GRNLBT90B42F205F;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 CONTINUITÁ ASSISTENZIALE PRESSO ASST MELEGNANO MARTESANA SEDI BINASCO / PIEVE EMANUELE

- MEDICO DI PRONTO SOCCORSO PRESSO IRCCS HUMANITAS DI ROZZANO

- che l'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 02/04/2025

In fede FIRMA Guarino Elisabetta

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# 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 QUASTAFFORO;

Codice Fiscale: QSTFNC87C66I483C;

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

## DICHIARA

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

AMBULATORIO PRIVATO - SANTA CRESCENZA - RAPPORTO IN LIBERA PROFESSIONE PER CARDIOLOGIA CLINICA - MAGENTA (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.

Data
26/10/2024

In fede FIRMA Francesca Quastaffo

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

Scanned with CamScanner

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a MARIA GUIO;

Codice Fiscale: GLL MRI 77B61F158Y;

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

## DICHIARA

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

SANAGOSTINO
CONAM
EXEL
CDP

- che l'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

Melegnano, 13.05.24

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a SARA HAFDAOUI;

Codice Fiscale: HFDSRA91T49C682Z;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 GENETICA MEDICA C/O UNIVERSITA' degli STUDI di MILANO (scad. 31/01/2025)

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

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

Data 4/10/2024

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a HAGHI Amirhossein;

Codice Fiscale: HGHMHS85E23Z224O;

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

## DICHIARA

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

- Dirigente medico presso Chirurgia Senologica, in regime Extramoenia, Ospedale Maggiore della Carità, Novara.

- che l'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 28/03/2025

In fede FIRMA Haghi Amirhossein

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

Scansionato con CamScanner

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a INSOGNA PASQUALE GIOVANNI LUCA;

Codice Fiscale: NSGPQL99M04A783S;

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

## DICHIARA

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

INFERMIERE LIBERA PROFESSIONE PRESSO 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

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a 1770 DAVIDE ;

Codice Fiscale: ZZIDVD97T18F839L ;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 IN ONCOLOGIA MEDICA - UNIV. DEGLI STUDI DI 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 28/01/2025

In fede FIRMA Davide Zz

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# 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. BOUTROS KHLAT

Codice Fiscale KHL BRS 62B20Z336G

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

**DICHIARA**

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

RAPPORTO LIBERO PROF. CON IL GRUPPO SANDONATO
NELLA FATTISPECIE: AN. RIANIMATORE PRESSO:
• POLICLINICO SAN MARCO OSIO SOTTO ZINGONIA
DAL NOVEMBRE 2021 A A TUTT'OGGI.
ACCONSENTO ALLA PUB. DEL ~~———~~ MIO C.V.

- che l'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 convivente, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, 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 16.10.2024 In fede FIRMA

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a _____Adriano La Vecchia_____;

Codice Fiscale:_____LVCDRN92S13F205Q_____;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, Libera Professione, Attività clinica presso Pronto Soccorso Pediatrico
- Università degli Studi di Milano-Bicocca, Dottorato di Ricerca

- che l'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 28/04/2025

In fede FIRMA Adriano La Vecchia

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# 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 Roberto Juan Francisco Lacava;

Codice Fiscale:LCVRRT93B07Z600M;

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

## DICHIARA

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

- Clinica San Carlo – Casa di Cura Polispecialistica, contratto Libero Professionale a tempo indeterminato per lo svolgimento di Medico 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 26.09.2024



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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a __Teresa Lamanna_____;

Codice fiscale:_LMNTRS80C41C136Z_____;

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

## DICHIARA

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

- Tribunale di Sorveglianza di Milano – consulente libero professionista -Giudice Onorario

- Dna Centro di Psicologia e Nutrizione – consulente libero professionista – 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 21 Agosto 2023

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a LEO LOREDANA;

Codice Fiscale: LEO LDN 80H47L113A;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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: Fondazione Don C. Gnocchi - S. Giuliano M.
per circa 15 ore settimanali

Centro Studi Polifunzionale Sapienza
per circa 16 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 10.05.24

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a LEONETTI ROBERTO;

Codice Fiscale: LNTRRT58C26H223J;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 03-07-24

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a _____GIULIA ELISABETTA LOMBARDI_____;

Codice Fiscale:____LMBGLS90B51F205P_____;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 SAN GERARDO DEI TINTORI in qualità di libera professionista presso UONPIA

- che l'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

13.04.2025 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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il sottoscritto GIUSEPPE LORENZON

Codice Fiscale: LRNGPP57B03H220D ;

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

## DICHIARA

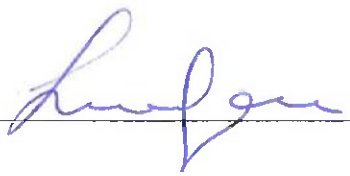
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):

NESSUN RAPPORTO

- che l'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 19/09/2023

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/La sottoscritto/a LOVINO MARCELLO;

Codice Fiscale: LVN MCL 73H05 B354P;

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

## DICHIARA

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

ASFO: Agenzia Sanitaria Friuli Ovest, IN QUALITÀ DI INFERMIERE A LIBERA PROFESSIONE

GRUPPO DIALISI ORTOPAD SRL.: come Infermiere e LIBERA PROFESSIONE

NEFROCENTER SCARL - SOCIETÀ CON. RESP. LIM.: come INFERMIERE e 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 10/01/2024

In fede FIRMA Marcello Lo

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

Scansionato con CamScanner

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a MATTEO LORA;

Codice Fiscale: LRMTT98A08E648U;

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

## DICHIARA

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

MHS S.C.L.
- GRUPPO SAN DONATO
- AFFIDEA
- BIANALISI
- LILT
- CASA DI CURA SAN GIOVANNI
- FONDAZIONE DON GNOCCHI
- OSPEDALE CAIMI VALLATE
- GHERON - SAN LORENZO CREMA
- LODIAUTE

- che l'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 Matteo Lora

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# 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 Fabrizio Luiso;

Codice Fiscale: LSUFRZ96D18B963J;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 Bergamo Ovest, libera professione in p. iva, Medico di 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

25/02/25

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a ENRICO GIUSEPPE MAGGIONI;

Codice Fiscale: MGGNCG55T28F205S;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 30/9/24

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a CHIARA MAINARDI;

Codice Fiscale: MNRCHR93C71E463H;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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, LIBERA PROFESSIONE, ATTIVITÀ CLINICA E AMBULATORIALE
- SANT'AGOSTINO, LIBERA PROFESSIONE, ATTIVITÀ AMBULATORIALE

- che l'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 05/11/2024

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

CamScanner

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a LUCA MALONE;

Codice Fiscale: MNALCU83H06F205P;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione): TUTTI CONTRATTI LIBERO PROFESSIONALI:
- CLINICA SAN CARLO RESPONSABILE U.O. CHIRURGIA PLASTICA
- BCLINIC POLIAMBULATORIO CONSULENTE CHIRURGIA PLASTICA
- DIVA MEDICA CONSULENTE CHIRURGIA PLASTICA

- che l'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 5.6.24

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a **MALERBA PAOLO**;

Codice Fiscale: **MLRPLA92B10L109J**;

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

## DICHIARA

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

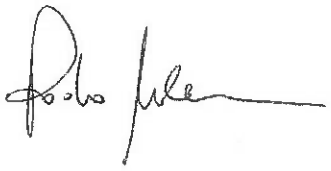
- Denominazione del Soggetto: Università degli Studi di Novara
- Natura del rapporto: Subordinato – Continuativo
- Oggetto della collaborazione: Dottorato di Ricerca

- che l'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 08/04/2024

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a MANDARANO PIERGIORGIO;

Codice Fiscale: MNDPGR94L25L600U;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 Continuità Assistenziale in LP presso ASST 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 20/12/24

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a MARANO IGNAZIO;

Codice Fiscale: MRNGNZ58L20C351J;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 13-03-2025

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a MARCELLI SIMONE RENATO;

Codice Fiscale: MRC SNR 78S 02 I 690 O;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 VALTELLINA E ALTO LARIO - MEDICO DI PS IN LIBERA PROFESSIONE (NON DIPENDENTE)

PEDIACOOP SOC. COOPERATIVA - MEDICO DI PS IN LIBERA PROFESSIONE

GAPMED SOC COOPERATIVA - MEDICO DI PS 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 05/02/25

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a MARCHICA BENIAMINO;

Codice Fiscale: MRCBMN53M13H269X;

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

## DICHIARA

- di NON intrattenere rapporti 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 16/04/2024

In fede FIRMA

Dr. BENIAMINO MARCHICA
Medico Chirurgo
Spec. in Chirurgia d'Urgenza e P.S.
Via Della Maggiolina, 3
20125 MILANO
Cell. 3382491084

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# 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 MariaRita Fabrizi_____;

Codice Fiscale:_____FBRMRT66M55H501I_____;

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

## DICHIARA

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

NURSING PROJECT COOPERATIVA SOCIALE - ETS_____

- che l'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

28/10/2024

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a Dott Marco Deiana;

Codice Fiscale: MRRMNN57B16A547V;

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

## DICHIARA

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

INPS: 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 12/7/2023

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a MARRAFINO MARIO;

Codice Fiscale: MRR MRA 67E 19 F912S;

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

## DICHIARA

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

BERGAMO SANITÀ LIBERO PROFESSIONISTA

GRUPPO SAN DONATO LIBERO PROFESSIONISTA

NEPHRO CARE 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 22/2/2024

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

La sottoscritta DILETTA MARTINO

Codice Fiscale:___ MRTDTT92T60H703E

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 di sostituzione di pediatri di libera scelta Milano e provincia, Padova e provincia

- che l'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 28/11/2024

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a MARTINOLI SARA;

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):

Collaborazione per attività di medico competente (rapporto libero-professionale) presso:
I.R.C.C.S. Fondazione Istituto Neurologico C. Besta - Milano
Casa Circondariale di Pavia
Casa Circondariale di Lodi
Casa Circondariale di Voghera

- che l'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 19/12/2024

In fede FIRMA 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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a _____MASSA PAOLO_____;

Codice Fiscale:_____MSSPLA93A10F839M_____;

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

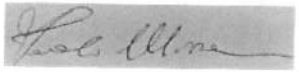
## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 Multimedica, Via Milanese 300, Sesto S. Giovanni Milano. Contratto di attività libero-professionale come consulente presso l'UO di Cardiologia

- che l'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 10/11/2024

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a MASSA SALVATORE (cognome e nome);

Codice Fiscale: MSSCSR65A04L304G;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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) Gruppo Policlinico di Monza: libero professionista, consulente
2) Columbus Clinic Centro Milano: 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 10.6.24

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a _____MASSI BENEDETTI DOTT. PIERO_____;

Codice Fiscale:_____MSSPRI58D03H501E_____;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 VIMERCATE | PROFESSIONISTA ESTERNO | CONSUENTE PER SINISTRI | OTTOBRE 2020 |
| 2 FATEBENEFRATELLI PLV | PROFESSIONISTA ESTERNO | CONSULENTE PER SINISTRI | FEBBRAIO 2016 |

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

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

Data 20.06.2024

In fede FIRMA



Autorizzo ASST Melegnano e della Martesana a pubblicare il presente documento.

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a Patrizia Mattei

Codice Fiscale:_MTTPRZ55R56B354L

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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) rapporto di consulenza per prestazioni ginecologiche ambulatoriali**

**Centro medico Santagostino rapporto di consulenza per prestazioni ginecologiche ambulatoriali**

**Cooperativa Spazio IRIS rapporto di consulenza per prestazioni ginecologiche ambulatoriali**

- che l'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 14/05/2023

In fede FIRMA _ Patrizia Mattei

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# 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 MATUCCI CERINIC;

Codice Fiscale: MTCCRN92C45D612E;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 C/O ISTITUTO GIANNINA GASLINI
- BORSA DOTTORATO UNIVERSITÀ GENOVA

- che l'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
18/11/24

In fede FIRMA Caterina Matucci Cerinic

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# 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. BRUNO MAUGERI_____;

Codice Fiscale:_____MGRBRN56M13H501P_____
____;

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

## DICHIARA

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

CLINICHE GAVAZZENI SPA - HUMANITAS

- che l'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 novembre 2024

In fede FIRMA Bruno Maugeri

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# 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 MAURO GIUSEPPE;

Codice Fiscale: MRN GPP 82A02 A522C;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 NURSING (COP)
ELLEUNO (COP)

- che l'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 07/05/25 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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a VALERIO MECAROPPI;

Codice Fiscale: MCRVLR85P01H501N;

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

## DICHIARA

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

-) GRUPPO VILLA MARIA (MARIA CECILIA HOSPITAL) IN QUALITA' DI CONSULENTE PER L'ELETTROFISIOLOGIA (LP)

-) STUDIO CARDIOLOGICO LODATI: STUDIO CARDIOLOGICO PRIVATO. (LP)

- che l'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 08/10/2024

In fede FIRMA Mecaroppi.

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# 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 _____MARIKA MEDICI_____;

Codice Fiscale:_____MDCMRK85M59B157R_____;

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

## DICHIARA

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

- Sociosfera Onlus - Collaborazione libero professionale, ruolo: Psicologa Psicoterapeuta
- Nava Small Company srl - Collaborazione libero professionale, ruolo: Consulente Risorse Umane

- che l'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 30/04/2024

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a DANTE Mezis;

Codice Fiscale: MZS DNT 98D15B354Z;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 16/12/2024

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a MENIN SERGIO;

Codice Fiscale: MNNSRG70B03F205A;

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

## DICHIARA

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

MAS:
AFFIDEA
GRUPPO SAN DONATO
BIANACISI
LILT
CERBA
GRUPPO SHERON
FONDAZIONE BIRMENGOTI
OSPEDALE CAIMI
CASA DI CURA S. GIOVANNI

- che l'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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a CLAUDIA EMMA MESSORE;

Codice Fiscale: MSSCDM86L63F205E;

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

## DICHIARA

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

PSICOLOGO IN LIBERA PROFESSIONE PRESSO CASA DELLA CARITA' A. ABUANI - 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 18/11/2024

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a MICIELI FRANCESCO;

Codice Fiscale: MCLFNC80B14F258K;

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

## DICHIARA

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

- che l'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 26/04/24

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a MARTINA PERODDI;

Codice Fiscale: PRDMTN93D51G273K;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 BRC
Cooperativa KST
" ARKesys
" Castelvarte
} contratto 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
19/IX/2024

In fede FIRMA Martina Peroddi

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# 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 NADIA MISIANO;

Codice Fiscale: MSNNDA83M60F705Q;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
all'1/10/24: Medical line consulting S.R.L. (collaborazioni libero professionali occasionali presso il Navaro)

- che l'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 6/4/24

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a MONELLO ALDO GIUSEPPE;

Codice Fiscale: MNL LGS 52M02 A522H;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 - BIONICS MILANO - CONSULENTE - SEDAZIONE IN ENDOSCOPIA
- PRESIDIO DI MEDEO - CONSULENTE - ANESTESIA IN S.O.

- che l'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 22.03.25

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

Scansione eseguita con SwiftScan

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a Montetto Alessandro;

Codice Fiscale: MNTLSN74B04F258P;

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

## DICHIARA

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

Prestare servizio presso il poliambulatorio San Donato in regime di L.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

03-04-25

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a DONATO MONTANARI;

Codice Fiscale: MNTDNT 69P04 H793H;

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

## DICHIARA

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

PMC CARE MILANO S.R.L. - VIA E. BEZZI, 2 - 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 29/04/2024

In fede FIRMA Donato Montanari

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# 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 MONTAPERTO CLARA

Codice Fiscale: MNTCLR77R57H792E

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

## DICHIARA

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

MED-RIGHT srl consulenze ortopediche ospedale: di Aosta, di Sondalo, di Sondrio

IMS srl consulenze ortopediche ospedale Montebelluna (TV)

MSA srl consulenze ortopediche ospedale Melzo e Cernusco (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.

Data 13/07/2024

In fede FIRMA Clara Montaperto

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 n

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a MONATI 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 E CARLO - consulente - micologo
- FATEBENEFRATELLI (ex OL Niguarda) - supervisore - CMA
- Coop Aldaron - supervisore.

- che l'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
12.2.2024

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a LUIGI MORGESE;

Codice Fiscale: MRG LGU 51L17A669S;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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-BRIANZA, con le stesse caratteristiche di questo rapporto con l'ASST-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 13/6/2024

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il sottoscritto *Luigi Mori*

Codice Fiscale: MROLGU91H24F471H ;

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

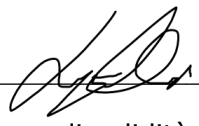
## DICHIARA

- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
- AREUS (rapporto lavorativo 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 01-04-2025

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a MOTTA EMILIO;

Codice Fiscale: MTT MLS 55A 16 E 094 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):

- che l'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 13/06/24

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a LINDA MUGNAI;

Codice Fiscale: MGNLND92H55D612E;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 CENTRO PSICOLOGIA E COUNSELING di GORGONZOLA (MI) in COLLABORAZIONE LIBERO PROFESSIONALE PER SERVIZI DI TERAPIA NEUROPSICOMOTORIA 7-8h/s

INSIEME PER CRESCERE – ASILO NIDO SCARABOCCHIO di BRUGHERIO e PAPEROTTO di VIMERCATE – COLLABORAZIONE LIBERO PROFESSIONALE PER PROGETTI DI LABORATORI DI PSICOMOTRICITA' EDUCATIVA 4h/s

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

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

Data
14/06/24

In fede FIRMA Linda Mugnai

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

Scansionato con CamScanner

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a EVIN NAGM;

Codice Fiscale: NGMVNE90R65F205E;

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

## DICHIARA

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

- RIABILITATORI ASSOCIATI SRL, COLLABORAZIONE LIBERO-PROFESSIONALE
- SPAZIO NOUTILUS APS, 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
01/08/2023

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a NATI LUCA;

Codice Fiscale: NTALCU96P05B729E;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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
14/06/2024

In fede FIRMA Luca Nati

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# 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 NAVARRIA GIUSEPPE;

Codice Fiscale: NVRGPP49M06I819R;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 libero professionale Urologia Andrologia

- che l'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 19/5/25

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a MARCO GIUSEPPE NEDBAL;

Codice Fiscale: NDB MCG 60H 14F205H;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 36 h./sett
c/o VIDAS - MILANO VIA OJETTI 66
CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE

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

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

Data 20/12/24

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a SILVIA NIGRO ;

Codice Fiscale:NGRSLV69S61H903Y;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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) MIRO' CREMONA SRL – Cremona, via Dante 104 – Igienista Dentale in libera professione (dal 01.01.2019; in corso)

- che l'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 10/5/2024

In fede FIRMA Silvia Nigro

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# 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 DODI FRANCESCA;

Codice Fiscale: DDOFNC91S42B034B;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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, SITO IN VIA AUDO MORO, 30 CADEO (PC)

- che l'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
22/5/24

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il sottoscritto, Federico Oliveri;

Codice Fiscale: LVRFRC92R26E783C;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 13-11-2024

In fede FIRMA Federico 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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a PADELLI SAMUEL ALBERTO;

Codice Fiscale: PDLSLL92L02A940X;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 FONDAZIONE CA' GRANDA - OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO. NEUROLOGO IN LP

> KAIROS COOP. SOCIALE - NEUROLOGO IN LP

- che l'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 25/2/25

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a PAGELLA CHIARA;

Codice Fiscale: PGL CHR 82L57L750A;

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

## DICHIARA

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

Società di Servizi
Comune di Pizzale

- che l'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 21/06/2024

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a DANIELA PALLERI;

Codice Fiscale: PLLDNL90L59L500Y;

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

## DICHIARA

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

- CENTRO HERCOLANI (POLIAMBULATORIO PRIVATO ACCREDITATO) VIA DELLE TOVAGLIE 2, BOLOGNA. INCARICO LIBERO PROFESSIONALE COME PEDIATRA CARDIOLOGO
- CENTRO DI TERAPIA SAN BIAGIO di SYNLAB MED SRL VIA PORRETTANA 516 CASALECCHIO. INCARICO LIBERO PROFESSIONALE COME PEDIATRA CARDIOLOGO
- ASSEGNISTA DI RICERCA C/O ALMA MATER STUDIORUM UNIVERSITÀ DI BOLOGNA
- SOCIETÀ PEDIACOOP, INCARICO 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 5/12/2029

In fede FIRMA Daniela Palleri

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

Scansionato con CamScanner

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a Dott. ROBERTO PANNI

Codice Fiscale: PNNRRT47E18F671X

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 16/4/2025

In fede FIRMA

Dott. ROBERTO PANNI
Specialista Ostetricia e Ginecologia
Via Trento, 1/C
20060 Cassina de' Pecchi (MI)
C.F. PNNRRT47E18F671M
Partita IVA 06001240966

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# 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 STEFANO PAPA ;

Codice Fiscale: PPALSN97H07A717X ;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 28/04/25

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

Scanned with CamScanner

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a ALESSANDRA PAPARO;

Codice Fiscale: PPRLSN85D41A662R;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 MILANO BICOCCA, CONTRATTO DI SPECIALIZZAZIONE

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

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

Data 20/09/2024

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

Scanned with CamScanner

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a PARLINELLO ANNAMARIA;

Codice Fiscale: PRRNMR70H70B428T.;

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

**DICHIARA**

- di intrattenere rapporti 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 MATTEO DI MEDICINA LAVORO CON CONTRATTO DI DIPENDENZA A 36 ORE SETTIMANALI

ASST DI MELEGNANO CON CONTRATTO IN LIBERA PROFESSIONE A CIRCA 18 H SETTIMANALI

QUESTI AL MOMENTO SONO I MIEI DATORI DI LAVORO DA CUI PERCEPISCO UNO STIPENDIO

- che l'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

25/06/2024

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a _____Passaretti Marco_____;

Codice Fiscale:____PSSMRC94B11F205A_____;

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

## DICHIARA

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

_____
___Humanitas Mater Domini, Castellanza
(Va)_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

- che l'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 27/03/2024

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a PATHIRAGE HARITH MILCO PERERA;

Codice Fiscale: PTHHTH98P14Z209E;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 retribuiti con soggetti pubblici o 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

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a PEDRINI SILVIA;

Codice Fiscale: PDRSLV70H66F205F;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 BERGAMO EST
ASST LECCO e MERATE
COOPERATIVA MEDICAL SERVICE
COOPERATIVA PEDIACOOP
COOPERATIVA ALTAVISTA

- che l'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 16.1.2023

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a 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):

CDL-BIONIC (MI) TUTTORA

ASST MELEGNANO-MARTESANA TUTTORA

- che l'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 31/03/2025

In fede FIRMA Saverio Pellicano

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# 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 COSTANTINO PELOSI;

Codice Fiscale: PLSCTN95E05A509H;

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

**DICHIARA**

- di intrattenere rapporti 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. CONTRATTO IN LP ~~DI~~ DI ATTIVITA' CLINICA PRESSO IRCCS SAN MATTEO (PV) A TEMPO DETERMINATO
2. CONTRATTO IN LP DI RICERCA CLINICA PRESSO IRCCS SAN MATTEO (PV) A TEMPO DETERMINATO
3. CONTRATTO A TEMPO DETERMINATO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE CON ASL DI ALESSANDRIA

- che l'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 17/03/2025

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a FILIPPO PINSOTTI;

Codice Fiscale: PNSFPP93T08E514T;

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

## DICHIARA

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

- UIL PARMA - TERRA DI CONFINI 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 22/01/25

In fede FIRMA Filippo Pinsotti

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# 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 _____MIRCO PERILLO_____;

Codice Fiscale:_____PRLMRC63D23F205Z_____;

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

**DICHIARA**

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

ASSICURAZIONE_ALLIANZ E GENERALI CON RAPPORTO LIBERO PROFESSIONALE PER VALUTAZIONE POLIZZE MALATTIA AL FINE DI ASSICURARE LA PRESTAZIONE RICHIESTA ALL'ASSICURATO

RAPPRESENTANTE DI CATEGORIA ANMIC E ANFFAS PRESSO LE COMMISSIONI INVALIDI CON CONTRATTO 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 14 GENNAIO 2025

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a MAURO PERRONE;

Codice Fiscale: PRRMRA90D27H793F;

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

## DICHIARA

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

- AIUTO MEDICO PRESSO LA STRUTTURA OSPEDALE GALEAZZI S.P.A. CON CONTRATTO IN LIBERA PROFESSIONE
- CONSULENTE ORTOPEDICO PRESSO MILAN SPA CON CONTRATTO IN CONSULENZA
- ESECUTORE VISITE PRIVATE ORTOPEDICHE PRESSO CENTRO PRIVATO MEDICALFAST S.P.A.

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

Scanned with CamScanner

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a MARILENA PERSANO;

Codice Fiscale: PRSMLN89E63C573K;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 SAN GERARDO - LP - PSICOLOGO CONSULENTE - TRS9 PROGETTI INNOVATIVI

SERENIS HEALTH - 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 30/04/2025

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

Scansionato con CamScanner

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a MICHELA ALESSANDRA PIERRO;

Codice Fiscale: PRRMHL80D51F205Y;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
PRONTO SOCCORSO dell'Ospedale di Vizzolo Predabissi come medico in FORMAZIONE SPECIALISTICA di TUTTE le DISCIPLINE AI SENSI DELL'ART. 12 COMMA 2 del DECRETO Rolotte n 34/2023 CONVERTITO nella legge N°56 del 26/05/2023 per cui è CONSENTITO SVOLGERE in FORMAZIONE SPECIALISTICA, IN DEROGA alle INCOMPATIBILITA' PREVISTE DALL'ARTICOLO 40 del DECRETO LEGISLATIVO 17 AGOSTO 1999, n 368 ed IN DEROGA alle DISPOSIZIONI di cui ARTICOLO 7 del DECRETO LEGISLATIVO 30 MARZO 2001 N° 165, POSSANO ASSUMERE su BASE VOLONTARIA e AL DI FUORI dell'ORARIO DEDICATO alla FORMAZIONE, INCARICHI LIBERO-PROFESSIONALI PRESSO i SERVIZI di EMERGENZA - URGENZA OSPEDALIERI del SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE per UN MASSIMO di 8 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.

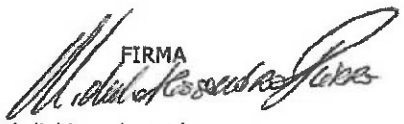
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Data

31/10/2024

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

Sistema socio sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

La sottoscritta **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):

- **ASST MELEGNANO MARTESANA – CONSULENTE IN REGIME DI LIBERA PROFESSIONE C/O NOA GORGONZOLA**

- che l'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 MILANO 24/01/2024

In fede FIRMA Monica Pimpini

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

**ACCONSENTO ALLA PUBBLICAZIONE DELLA CERTIFICAZIONE E DEL CV SUL SITO AZIENDALI E MINISTERIALE**

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a Dott. Luigi PINARDI;

C.F. PNRLGU56M20F205D

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):

COLLABORAZIONE PRIVATA COME L. 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 30 - 8. 24

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a PINTUS MANUELA;

Codice Fiscale: PNTMNL91D57B354Q;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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' DI LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO DI MILANO FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA

- che l'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 10/03/2025

In fede FIRMA Manuela Pintus

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# 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 PIRAS GIOVANNI MARCO;

Codice Fiscale: PRSGNN69S15C816C;

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

## DICHIARA

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

PSDI (LP) ENDOSCOPIA

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

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

Data

20-1-25

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a Francesco Pirone;

Codice Fiscale: PRNFNC94S02L483O;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 provissorio di ruolo di medico di Continuità Assistenziale presso la postazione di Cernusco Sul Naviglio in libera professione (da Novembre 2023 in corso)

- che l'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 24/02/2025

In fede FIRMA Francesco Pirone

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# 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 Pivnytskyy Bohdan nato a Novovolynsk (Ucraina) il 27/10/1995

residente a Cassina de' Pecchi (Milano) in via delle Rose 1/A

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

## DICHIARA

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

- denominazione Ente: ASST Melegnano e Martesana (Ente Pubblico)
- profilo professionale: attività vaccinale presso la S.C. Vaccinazioni Sorveglianza Malattie Infettive
- tipologia del rapporto: libero professionale
- tempo parziale (n. ore settimanali 36) dal 28/10/2024

- che l'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 GEN. 2025

In fede FIRMA Bohdan Pivnytskyy

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# 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 ANTONIO POPOLO RUBBIO

Codice Fiscale: PPLNTN89D16I754W;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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, SAN DONATO MILANESE, MI; CARDIOLOGO DI I LIVELLO IN REGIME DI LIBERA PROFESSIONE (CO.CO.CO A TEMPO INDETERMINATO);

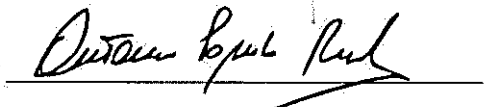
GEMMA MEDICAL (SEDE DI SAN DONATO MILANESE, SEDE DI GORGONZOLA), ATTIVITA' AMBULATORIALE CARDIOLOGICA; CONTRATTO IN LIBERA PROFESSIONE;

STRUTTURA SANITARIA MEDEOR CMP (CERNUSCO SUL NAVIGLIO, MI), ATTIVITA' AMBULATORIALE CARDIOLOGICA; CONTRATTO 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 Milano; 26/11/2024

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.

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a Francesco Porcedda;

Codice Fiscale: PRCFNC96M26B354G;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 specializzazione in Cardiochirurgia

- che l'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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a 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):

> CEDAC DI GALLIATE PRESSO SEDE DI VIALE DEGLI ORTOLANI 31 COME MEDICO PRELEVATORE IN REGIME DI LIBERA PROFESSIONE
>
> - CPS DI VIA TORINO CORRISPONDENTE MEDICO VACCINATORE IN REGIME DI LIBERA PROFESSIONE
> - CEAM DI PIAZZALE RISORGIMENTO 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 10/6/24

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a PREMATE SUSANNA ;

Codice Fiscale: PRMSNN90M57I690B ;

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

**DICHIARA**

- di intrattenere rapporti 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, GORGONZOLA P.IVA PSICOLOGA-PSICOTERAPEUTA - PSICOANALISTA
- UNOBRAVO SRL, NAPOLI, P.IVA PSICOTERAPEUTA ONLINE

- che l'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 14/04/2024

In fede FIRMA Susanna Premate

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# 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 PROTEASA SIDONIA MONICA;

Codice Fiscale: PRTSNM69M66Z129N;

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

## DICHIARA

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

ENTE RESIDENZA BORROMEA, COLLABORAZIONE DI INFERMIERE PROFESSIONALE 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
4.02.2025

In fede FIRMA Proteasa Sidonia Monica

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# 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 PRINI CHIARA;

Codice Fiscale: PRNCHR84L66F205R;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
Cremona – prestazioni a favore di privati a partire dall'anno 2025, per effettuare trattamenti di riabilitazione psichiatrica (trattamenti principali: psicoeducazione, potenziamento cognitivo di Feuerstein).

- che l'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 21/12/2024

In fede FIRMA Chiara Prini

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# 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 PUGLIESE GIUSEPPE;

Codice Fiscale: PGL GPP 56L 04D 364Q;

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

**DICHIARA**

- di intrattenere rapporti 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 3/6/2024

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a RADICE FRANCO;

Codice Fiscale: RDCFNC56A26F205Z;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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:

- Poliambulatorio "Borromeo Medica" di Peschiera Borromeo.
- Poliambulatorio "Fisio 432" 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 18/03/25

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il sottoscritto Ramella Antonio

Codice Fiscale:RMLNTN71L30F205J;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 Speciale Futura, via C.Cattaneo 1, 20096, Pioltello (Mi)collaborazione libero professionale in qualità di psicologo-psicoterapeuta**

**Comune di Novate Milanese, via Vittorio veneto 18, 20026, Novate Milanese (Mi) collaborazione libero professionale in qualità di psicologo-psicoterapeuta**

**Il "Girotondo" Società Cooperativa Sociale Via Giovanni Bocaccio, 6, 20020 Magnago (Mi)collaborazione libero professionale in qualità di psicologo -psicoterapeuta**

**Il Geco Cooperativa sociale onlus Via Gian Giacomo Mora 3 20123 Milano collaborazione libero professionale in qualità di 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 01/05/2024

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a RAMPA LORENZO;

Codice Fiscale: RMPLNZ93L09L103Q;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 SAN RAFFAELE DI MILANO, CONSULENTE MEDICO, CARDIOLOGO ARITMOLOGO
- PEDIACOOP, COOPERATIVA, CONSULENTE CARDIOLOGO
- BHC HEALT, COOPERATIVA, CONSULENTE CARDIOLOGO

- che l'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 28/10/2024

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a RANDAZZO DARIO;

Codice Fiscale: RNDDRA86L11G798K;

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

## DICHIARA

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

(CONSULENTE → CLINICA SAN CARLO - PADRANO
~~DURANTE~~

- che l'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 09.09.24

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a Domenico Ruvio;

Codice Fiscale: RVRDNC88L26C129F;

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

## DICHIARA

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

- I.R.C.C.S. Galeazzi Sant'Ambrogio (Mau) L.P.
- Clinica Ortopedica Cernusco (LC) L.P.
- Clinica ortopedica Beato Lazzaro (ZO) L.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 1/7/26

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a RENDA MARINA;

Codice Fiscale: RNDMTN92H68A176Y;

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

## DICHIARA

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

- HUMANITAS GAVAZZENI medico 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 31/10/2024

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a GIORGIO RIVOLTA;

Codice Fiscale: RVL GRG 54P25 C289V;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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

- che l'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 13/6/24

In fede FIRMA Giorgio Rivolta

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# 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 Alexandra Milagros Rojas Sanchez;

Codice Fiscale: RJSLND92B66Z611S;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
- IRCSS Policlinico San Donato: contratto in Libera Professione, attività di medico di guarda nel reparto di Cardiologia e Pronto Soccorso
- Centro Diagnostico Italiano: contratto in Libera Professione per l'attività ambulatoriale di Cardiologia
- HSR: contratto in Libera Professione per l'attività ambulatoriale di Cardiologia presso punto RAF

- che l'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 18/11/2024

Alexandra Rojas

In fede FIRMA

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a Lukas Emanuele Romano;

Codice Fiscale: RMNLSM97T12B201Z;

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

## DICHIARA

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

- Tecnico della riabilitazione psichiatrica in regime di libera professione presso IRCCS San Gerardo di Monza in relazione al progetto 'Dipende da Come mi Abbracci'.

- che l'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
15/04/2024

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a RONCARI ROSSANA;

Codice Fiscale: RNC RSN 74U 52E 6U8 T;

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

**DICHIARA**

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

- AGORA' SERVIZI SRL VIA S.FRANCESCO D'ASSISI 4/A 20122 MILANO
INFERMIERA LIBERA PROF.

- CASA DI CURA AMBROSIANA
P.ZZA MONSIGNOR LUIGI MONETA 2
CESANO BOSCONE
STRUTTURA SALA OPER. 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 3/4/2025

In fede FIRMA Roncari Rossana

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# 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 RONCONI ILARIA;

Codice Fiscale: RNCFLV80D44B220U;

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

## DICHIARA

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

Centro fisiospecialistico LINEA MEDICA (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
15/11/24

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 FRANCESCA DANIELA ROSSI;

Codice Fiscale: RSSFNCS9M44F205K;

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

## DICHIARA

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

• RAPPORTO DI LIBERA PROFESSIONE CON OSPEDALE DI VOGHERA

- che l'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 13/01/2025

In fede FIRMA Francesca Daniela Rossi

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# 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 LUCA SACCHI;

Codice Fiscale: SCCLCU93B11D869Z;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 in libera professione presso IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico

- che l'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 12/03/2025

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a Riccardo Sala;

Codice Fiscale: SLARCR 85C01 L214F;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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, medico di pronto soccorso presso ospedali mia.

- che l'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 08/04/24

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a BRUNO STERNO;

Codice Fiscale: SLRBRN77A08D969S;

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

## DICHIARA

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

ASP RAGUSA - Contratto LLPP -
AFFIDEA SRL - Collaborazione LLPP -

- che l'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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a FABIO SALVATORI;

Codice Fiscale: SLV FBA 56 L17 D94 I538 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):

EURO P ASSISTANCE - CONVENZIONAMENTO TRASPORTI SANITARI

- che l'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 · 6 · 24

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a Maria Sambuco;

Codice Fiscale: SMBMRA89B48A509Z;

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

## DICHIARA

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

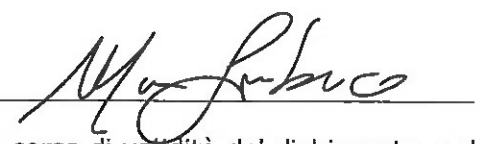
Asst melegnano martesana come medico di continuità assistenziale ad attività oraria dal 01/12/2021 presso sede di Cernusco sul Naviglio.

- 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

23/11/2024

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a BARBARA SANALDI;

Codice Fiscale: SNLBBR67L65F205L;

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

## DICHIARA

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

EDITORIALE LAUDENSE - IL CITTADINO DI LODI - CONTRATTO DI COLLABORAZIONE COORDINATA E CONTINUATIVA

GAZZETTA DELLA MARTESANA COLLABORAZIONE 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 3/6/24

In fede FIRMA Barbara Sanaldi

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# 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 _____SANTAGIULIANA MARZIA_____;

Codice Fiscale:_____SNTMRZ88S65A459V_____;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 18/07/2024

In fede FIRMA

Marzia Santagiuliana

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# 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 SANTORO GIUSEPPE;

Codice Fiscale: SNTGPP59A09F205A;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 BRIANZA COMMISSIONI INVALIDI CP

ASST MILANO NORD COMMISSIONI INVALIDI CP

- che l'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 30/9/2024

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 SARACINO ANTONIO;

Codice Fiscale: SRCNTN 78A09E815C;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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' AMBULATORIALE PRESSO 'LINEA MEDICA' A SAN DONATO MILANESE
  - ATTIVITA' AMBULATORIALE PRESSO 'CENTRO MEDICO PEDIATRICO' DI CREMA
  - ATTIVITA' AMBULATORIALE PRESSO 'CENTRO MEDICO SANT'ANNA' A LIZZANELLO (LE)
  - ATTIVITA' AMBULATORIALE PRESSO 'ARS PEDIATRICA' A 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 27/1/2025

In fede FIRMA Antonio Saracino

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# 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 SASSO ELEONORA ;

Codice Fiscale: SSSLNR82A50D883Z ;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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
13/03/2024

In fede FIRMA Eleonora

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# 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 IVANO SCARABELLO;

Codice Fiscale: SCRVNI64L06E074G;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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
ISTITUTO CLINICO HUMANITAS Circa 100 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 31.07.24

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a Valeria Schgör;

Codice Fiscale: SCHVLR90T60F205I;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 (Libera Professione): Studio di Psicoterapia e Logopedia Niguarda, viale Suzzani 19, 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
14/06/24

In fede FIRMA Valeria Schgör

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# 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 ABDELRAHMAN YOSNI ABDELMAHD SHAHEIN;

Codice Fiscale: SHHBUR 98L31 Z 227N;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 specializzando in ortopedia (Università degli Studi di 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 17/11/2025

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a SIBILIO GIUSEPPE;

Codice Fiscale: SBLGPP52M01D508F;

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

## DICHIARA

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

L.P. - ASST LARIANA OSP. S. ANNA - COMO
solo turni notturni sporadici

L.P. - COMUNITÀ S. MARTINO - LA PINETA - VENEGONO INF (VA)
Consulenza settimanale 6 h.

L.P. - RSA S. GIOVANNI ASSO (CO)
Consulente settimanale 8 - 16 h.

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

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

Data
15/04/2025

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a SIDOTI IOLANDA ANTONELLA;

Codice Fiscale: SDTLDN58A41E043Y;

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

## DICHIARA

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

Consultorio "GENITORI OGGI" Via Venosta, 3 Milano - Libera Professione - Attività di Assistenza Sanitaria

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

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

Data 29-03-25

In fede FIRMA Sidoti Iolanda Antonella

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# 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 SIGNORINI GIUSEPPINA;

Codice Fiscale: SGNGPP62A44F205M;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 in libera professione presso ASST Brianza di Vimercate

- che l'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 13/09/2024

In fede FIRMA Signorini

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# 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 Simonetti Domenico;

Codice Fiscale: SMNDNC86R05D643O;

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

## DICHIARA

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

Di non intrattenere, al momento, rapporti di collaborazione retribuiti con altri enti pubblici o 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 Milano, 08/07/2024

In fede FIRMA Domenico Simonetti

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# 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 ANTONIO SISINNI;

Codice Fiscale: SSNNTN63P08E506M;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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) IRCCS POLICLINICO SAN DONATO - CONSULENTE CARDIOLOGO - LIBERA PROFESSIONE

2) CENTRO DIAGNOSTICO ITALIANO - CONSULENTE CARDIOLOGO - LIBERA PROFESSIONE

3) CERBA HEALTCARE LOMBARDIA - CONSULENTE CARDIOLOGO - LIBERA PROFESSIONE

4) H SAN RAFFAELE RESNATI - CONSULENTE CARDIOLOGO - 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
05/11/2024

In fede FIRMA Antonio Sisinni

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# 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 FLOIDA SKRAQ I ;

Codice Fiscale: SKRFLD89P58Z100T ;

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

## DICHIARA

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

ARTE EDUCATRICE PER COOPERATIVA LA VITA, ASSUNZIONE 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 25/03/2025

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a VALENTINA SOFIA;

Codice Fiscale: SFOVNT92L55F205A;

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

## DICHIARA

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

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

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

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

Data 26/11/2024

In fede FIRMA Valentina Sofia

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# 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 Francesca Spanò;

Codice Fiscale: SPNFNC84R70C933Q;

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

## DICHIARA

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

  - di svolgere, a decorrere da settembre 2023, in regime di libera professione, attività di docenza presso i corsi erogati dall'Agenzia DBSI (Agenzia di Servizi accreditata presso Regione Lombardia);
  - di svolgere, a decorrere da febbraio 2024, in regime di libera professione, l'attività di psicoterapeuta presso Serenis Health S.r.l., piattaforma specializzata in psicoterapia online;

- che l'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.

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

Data 23/12/2024

In fede FIRMA Francesca Spanò

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# 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 SPINELLI;

Codice Fiscale: SPNLSN90D30H501F;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 1/1/24

In fede FIRMA Spinelli Alessandro

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# 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 Spinelli Michele;

Codice Fiscale: SPNMHL83A16A794O;

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

## DICHIARA

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

Di aver contratto di lavoro come libero professionista con Aziende Ospedaliere nel Centro Sud Italia

- che l'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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a DOTT. ALESSANDRO SUPRANI;

Codice Fiscale: SPRLSN57P05H501X;

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

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 31/3/2025

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

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

Il/la sottoscritto/a TAMBERI ANDREA;

Codice Fiscale: TMBNDR62P08F205B;

consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):

| | | |
|---|---|---|
| CENTRO FAMIGLIA SESTO SAN GIOVANNI | CONSULENTE | PSICOTERAPEUTA |
| CENTRO FAMIGLIA EDITH STEIN CINISELLO | CONSULENTE | IDEM |
| FONDAZIONE MARIANI CORMANO CESANO S.M. | CONSULENTE | IDEM |
| ASST NIGUARDA - OSPEDALE SESTO SAN GIOVANNI | CONSULENTE | IDEM |
| CENTRO POLISPECIALISTICO CINISELLO B | CONSULENTE | IDEM |

- che l'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 15.07.24

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

**da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali**

Il sottoscritto Gianmarco Tarchiani;

Codice Fiscale: TRCGMR97D16G388M;

consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):

LAVORATORE AUTONOMO PRESSO MEDICAL HEALTH SERVICE

- che l'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

1/05/2025

In fede FIRMA Gianmarco Tarchiani

da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# 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 TCHOKOTHE POUNGOUE CLEMENCE HERMINE

Codice Fiscale: TCH CMN 86B50 Z306O ;

consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):

- RAPPORTO LIBERA PROFESSIONE PRESSO PRONTO SOCCORSO OSPEDALE TREVIGLIO ASST (COLLABORAZIONE SECONDO BANDO AREU)

- RAPPORTO COLLABORAZIONE CO.CO.CO CON 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 16/10/2024

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

**da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali**

Il/la sottoscritto/a LOREDANA TELESCA;

Codice Fiscale: TLS LDN 74S59 F704C;

consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 NURSING PROJECT SOCIETÀ ETS
VIA VALOSA DI SOPRA 26 20900 MONZA (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 27/1/2025

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

**da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali**

Il/la sottoscritto/a MARIA TOSI;

Codice Fiscale: TSOMTT94C02L781D;

consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 IRCCS ISTITUTO NEUROLOGICO CARLO BESTA - CONTRATTO COLLABORAZIONE RICERCA PARTITA IVA

- che l'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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

**da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali**

Il/la sottoscritto/a ADDOLORATA TRUMA;

Codice Fiscale: TRMDLR92H65H793B;

consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):

ASSEGNO DI RICERCA - UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO
MEDICO IN LIBERA PROFESSIONE - FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA OSP. MAGGIORE POLICLINICO

- che l'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 7/10/24

In fede FIRMA Addolorata Truma

da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# 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 TUDISCO ANTONELLA;

Codice Fiscale: TDSNNL84L55L738M;

consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 di medico chirurgo libero professionista presso ASST- SETTELAGHI.

- che l'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
08/10/2024

In fede FIRMA Tudisco Antonella

da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# 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 VALLASCINI STEFANO;

Codice Fiscale: VLLSFN63M06F205N;

consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 a qualità di Odontoiatra presso il proprio studio medico 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 13/06/2024

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

**da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali**

Il/la sottoscritto/a ROBERTO VALVO

Codice Fiscale VLVRRT92T10I754X

consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 CLINICI ZUCCHI, ATTIVITA' LIBERTO PROFESSIONALE
POLICLINICO SAN DONATO, 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 2/11/2024

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

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

**da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali**

Il/la sottoscritto/a _____

***Barbara Vanni***_____;

Codice Fiscale:_____***VNNBBR62R42F205O***_____
_____;

consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):

Al momento attuale fino alla fine del contratto in essere (verosimilmente Agosto 2024) collaboro con :

***società Alcantara Srl, con sede in C.da Filangeri s.n.c. 98125 – Messina.***
Eseguo prestazioni sanitarie (Turni di Guardia di Emergenza/Urgenza). presso il PS del P:O. di 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
10 Aprile 2024 In fede FIRMA Barbara Vanni

da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# 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 VELLA;

Codice Fiscale: VLLLSN90C27A052N;

consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 - LP

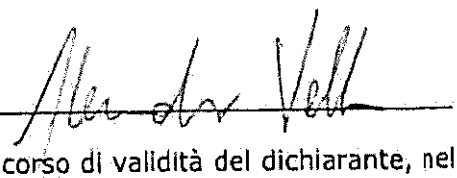
CENTRO MEDICO VISCONTI DI MODRONE - LP

CASA DELLA SALUTE - LP

- che l'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 31/12/24

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

**da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali**

Il/la sottoscritto/a VENEZIA RAFFAELE;

Codice Fiscale: VNZRFL56A02F637W;

consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 SAN GIULIANO : COLLABORAZIONE ~~PER~~ CURE PALLIATIVE DOMICILIARI

-

- che l'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 4/2/2025

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

**da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali**

Il/la sottoscritto/a VERRI HEBER RAFAEL;

Codice Fiscale: VRRHRR65052613F;

consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):

CLINICA SAN CARLO (PD) (MI). 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

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

**da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali**

Il/la sottoscritto/a VIGANÒ ALICE;

Codice Fiscale: VGNLCA91M67C933S;

consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):

CONSULENTE PRESSO FONDAZIONE ERIS ETS, COLLABORATORE PRESSO RIABILITATORI ASSOCIATI SRLS / E P2 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 04/02/24

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

**da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali**

Il/la sottoscritto/a MICHELE VOLPI;

Codice Fiscale: VLPMHL75T17F205L;

consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):

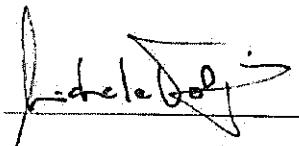
POLICLINICO DI SAN DONATO IRCCS, RAPPORTO LAVORATIVO IN LIBERA PROFESSIONE, MEDICO ACCETTANTE DI PRONTO SOCCORSO (40 ORE)

OSPEDALE DI CARATE BRIANZA ASST, ~~RAPPORTO LAVORATIVO IN LIBERA PROFESSIONE~~, MEDICO ACCETTANTE 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 5.4.2024

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

**da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali**

Il/la sottoscritto/a Dr Frédéric Vollenweider;

Codice Fiscale: VLLFDR68T07F205L;

consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):

Pediacoop H24 – consulente Radiologo Medico
Istituto Auxologico Milano – "
Studio Radiologico Magnasi – "
Studio Radiologico Rivolta – "
Studio Radiologico Euroclinic – "
Policlinico di Monza – "
Studio Radiologico Visconti di Modrone – "

- che l'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 10/9/2024 In fede FIRMA Frédéric Vollenweider

da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Melegnano e Martesana

# 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 VULLO;

Codice Fiscale: VLLMRA89H42A089Z;

consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):

CENTRO MEDICO SANT'AGOSTINO, LIBERO PROFESSIONISTA GINECOLOGO: 20 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
MILANO 08.10.2024

In fede FIRMA Maria Vullo

da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# 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 DAKOTA RUSSELL WHEELER;

Codice Fiscale: WHLDTR97H11Z347K;

consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 05/12/2024

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

**da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali**

Il/la sottoscritto/a PAMELA ALEJANDRA YUNGA CARRERA;

Codice Fiscale: YNGPLL94B52Z6050;

consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 DEI SERVIZI ALLA PERSONA GOLGI – REDAELLI SEDE VIMODRONE – 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 03-03-2024

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

Inviato 22-03-25

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

**da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali**

Il/la sottoscritto/a DAVIDE ZANNONI;

Codice Fiscale: ZNNDVD86T14F205B;

consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 PUBBLICO AUSL VDA (OSPEDALE PARINI AOSTA): CONTRATTO DI CONSULENZA IN LIBERA PROFESSIONE

- CLINICA PRIVATA CONVENZIONATA S. CARLO DI PADERNO DUGNANO (MI) CONTRATTO DI CONSULENZA 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 01/03/2024

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

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

**da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali**

Il/la sottoscritto/a ZANNONI JESSICA

Codice Fiscale: ZNNJSC91D57F704F

consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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, LIBERO PROFESSIONISTA, DIRIGENTE MEDICO,
CLINICA SANTAGOSTINO, LIBERO PROFESSIONISTA, CONSULENTE CARDIOLOGO,
POLITERAPICO MONZA, LIBERO PROFESSIONISTA, CONSULENTE CARDIOLOGO,
CAB POLIDIAGNOSTICO, LIBERO PROFESSIONISTA, CONSULENTE CARDIOLOGO,

---

- che l'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 30/12/2024

In fede FIRMA Jessica Zannoni

da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# 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 Zotti Rosida;

Codice Fiscale: ZTTRSD84M46G388G;

consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):

- HUMANITAS - sede di Rozzano (MI) - PS

- che l'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 6/6/25

In fede FIRMA Rosida Zotti

da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Melegnano e Martesana

# 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. MARIO LIOTTA;

Codice Fiscale: LTTMRA46S21G273H;

consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,

## DICHIARA

- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):

Ist. GONZAGA (MILANO) - controllo sanitario alunni come libero professionista retribuito

- che l'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 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