



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO 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 LAURA ADRAGNA _____;

Codice Fiscale: DRGMLR83C42Z600T _____;

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

DICHIARA

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

- COMBUS CLINIC CENTER, INF. SALA OPERATORIA (L.P.)
- EYECARE CLINIC MILANO, INF. SALA OPERATORIA (L.P.)
- CROCE ROSSA ITALIANA, INF. EVENTI (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

16/06/2025

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



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO 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

09/07/2025

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 professionaliIl/la sottoscritto/a ARCI PASQUALE;Codice Fiscale: RCAPQL85H02C816W;

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

DICHIARA

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

- QCARE S.R.L. CONTRATTO DI COLLABORAZIONE IN LIBERA PROFESSIONE, COME INFERMIERE DI AREA CRITICA PRESSO IRCSS HUMANITAS MILAFIORI - ROZZANO, MILANO - U.O. V.C.C.

- GAP MED ~~ARR~~ S.P.A. CONTRATTO DI COLLABORAZIONE IN LIBERA PROFESSIONE, COME NURSE DI ANESTESIA - SALA OPERATORIA PRESSO IRCSS NUOVO GALEAZZI - SANT'AMBROGIO AHO, MILANO & IRCSS NAUGERI PAVIA

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

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

Data 13/06/2025

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



DICHIARAZIONE 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 Lorenzo Chirivì;

Codice Fiscale: CHRLLR84D17F842D;

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

DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 9Care SRL, con sede legale a Romano di Lombardia (BG) – Via Balilla n. 66, cap. 24058, P. IVA 04503870166, prestazioni infermieristiche libero professionali presso una delle strutture ospedaliere nelle quali 9Care svolge l'incarico, e in particolare presso l'Ospedale San Raffaele a Milano
- GAP S.T.P. S.p.A. (C.F. e P.IVA: 02408330500), con sede legale a Milano, via Copernico, 38, prestazioni infermieristiche libero professionali presso una delle strutture ospedaliere nelle quali GAPMED svolge l'incarico.

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

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

Data 25/06/2025

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



DICHIARAZIONE 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 Franceschini Roberto

Codice Fiscale: **FRNRRT62R17F205E**

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

DICHIARA

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

Nephrocare SpA - contratto d'opera in libera professione emodialisi

IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico - incarico professionale in libera professione emodialisi

Nefrocenter S.C.A.R.L. - contratto d'opera in libera professione emodialisi domiciliare assistita

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

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

In fede

Data 16/06/2025

Firma__

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



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO 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 RLF78507F205R;

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

DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 07/07/25

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 DI ATTO DI NOTORIETA'

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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

Il/la sottoscritto/a GALLA' GIOIELLO;

Codice Fiscale: 6166199218A0896;

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

DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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

24/04/2025

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



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

Il/la sottoscritto/a CAMILLA MASCOLO;

Codice Fiscale: MSCCLL94P54M102N;

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

DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 30/6/25

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 DI ATTO DI NOTORIETA'**

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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionaliIl/la sottoscritto/a PALLINI ALICE _____;Codice Fiscale: PLLLCA98570E648V _____;

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

DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 SRL 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

6/06/2023

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



DICHIARAZIONE 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 Carmine Prizio;

Codice Fiscale: PRZCMN96P02A509P;

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

DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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, Medico di Assistenza Primaria a Ciclo Orario

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

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

Data 26/06/2025

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



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

Il/la sottoscritto/a LONEDANA TEDESCA;

Codice Fiscale: TLS LDN74559F704C;

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

DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 SOCIETA' ETS
VIA VALOSA DI SOPRA 26 20900 PIONZA (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



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

Il/la sottoscritto/a Pierluigi VISTA;

Codice Fiscale: VSTPLG97H12C294E;

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

DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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

26/07/2025

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