



## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

Il/la sottoscritto/a ABDEL-RADEE NASOUH;

Codice Fiscale: ~~BDLNSH4~~ BDL NSH 49A 05Z 220A;

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

### DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 05/08/2025

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 CHIARA BERETTA \_\_\_\_\_;

Codice Fiscale: BRTCHR95R40F704K \_\_\_\_\_;

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

### DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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

8/8/25

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 FARINA LAURA ROBERTA;

Codice Fiscale: FRNLRB71R56F205J;

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

### DICHIARA

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

INFLEX SRL - RAPPORTO DI COLLABORAZIONE - AMMINISTRATORE

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

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

Data 26/08/25

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



ASST Melegnano e Martesana

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

## da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

Il/la sottoscritto/a GOBBI AGNESE \_\_\_\_\_;

Codice Fiscale: GBBGNS86TSLC615F \_\_\_\_\_;

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

### DICHIARA

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

MEDICALPAMA . COOPERATIVA IN LIBERA PROFESSIONE  
DI NINI 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 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_ MAHMOOD HAFDHULLAH \_\_\_\_\_;

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_ HFDMMMD90S01Z225K \_\_\_\_\_;

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

### DICHIARA

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

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO, SPECIALIZZANDO IN 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 29/08/2025

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 NARDI ALESSANDRA;

Codice Fiscale: NRD LSN 55L68F205U;

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

### DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 IN REGIME DI LIBERA  
PROFESSIONE CONSULENZA IN AMBITO SANITARIO

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

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

Data 06/08/2025

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 compiersi a cura di consulenti/collaboratori professionali

Il/la sottoscritto/a PIELICIA ILENIA;

Codice Fiscale: PLCLNI78D43F205U;

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

### DICHIARA

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

- ME STESSA - ATTIVITA' PRIVATA IN LIBERA PROFESSIONE
- GRUPPO ~~XXXXXXXXXX~~ - PSICOLOGA IN LIBERA PROFESSIONE  
KOBIAN

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

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

Data

12/10/2025

In fede FIRMA \_\_\_\_\_

da allegare copia fotostatica di un documento di identità in u 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 ZARATA CORONEL JONATHAN ADRIAN;

Codice Fiscale: 2PTJTH95M032605X;

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

### DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 - PRESTAZIONI LIBERO PROFESSIONISTA -  
RAU - RAPPORTO LIBERO PROFESSIONISTA - LAVORO AUTONOMO

2- POLICLINICO PONTE SAN PIETRO - PRESTAZIONI LIBERO  
PROFESSIONALI - LAVORO AUTONOMO

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

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

Data

02/08/2015

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 FEDERICA ZONCA \_\_\_\_\_;

Codice Fiscale: ZNCFRC97P42A794B \_\_\_\_\_;

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

### DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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

02/09/1997

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