أحيا	Regione Lombardia
ASST	Melegnano e Martesana

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali	
Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) EUTVA BAGNUSCELL	
Codice Fiscale: BGNUNESO450I274F	
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,	
DICHIARA	
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):	
SOCIETA' COOPENATIVA BUDNA CTIONNATA LAVORO DE TEMPO INDETERMINATO, DZ & SETTIMANAU	
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.	
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.	
Data <u>\$\$/6/20</u>	
In fede FIRMA Colo Boffonla	
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax	

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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) (semo QUALLO ROND)
Codice Fiscale: QRR CNZ 750 (6F205 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):
OSPEDACE SAN RAFFAGRES SRL - DIRIGENTO NEOLO SENIOR
CENTO DIAGNOVO PACIANO - CONVIENTE MESICO
Aughie e lieuweho
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 08 06 20 In fede FIRMA da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corco di validità dal dichiarrato nel
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax



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

(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) [HIAM NAM CONCETA HASSAN
Codice Fiscale: MSSCR 7 86 LS&A944I
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi al sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
MEDICO PECINIDADO ANCITEMA E MANIMAYINE
UNIVERSITAI MATALE MILANO
COUNTY CO. CO. CO. CO. ENENG, ENZA COVID -> ASST
PELEGNAND TRANSFERMA OSTEMBLE VIRTOLD 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, al sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 01 06 2020 In fede FIRMA Ore-old La
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità dei dichiarante, nel solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax



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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) SONIA CANOUNA TIZIANA POLSTOLETT)
Codice Fiscale: BST SCR 78 PS1 7205 Y
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti 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 FATE BENETHATELLI Contracto lebono professionale commissioni il
TOUR GASONS SIL contrato liber professionois medico competer WES e WIDER courseles liber professionois medico competer
rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 26.5.2020
In fede FIRMA Clue Cluster
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel



da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/a (nome e cognome)Eleonora Duscio
Codice Fiscale:DSCLNR88S44I608Q
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti 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, al sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data08/06/2020
In fede FIRMA
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax

da compilarsi a cura di consule	nti/collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/a (nome e cognor	ne) MARTINA BAIARDO REDAELLI
,	
Codice Fiscale:	9 5 5 1 1 8 2 9 C
dichiarazioni mendaci o di formazi	e delle conseguenze civili e penali previste in caso di one o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 5 e delle ulteriori norme in materia,
	DICHIARA
pubblici e privati (indicare denom collaborazione): ICCS SAN RAFFAELE Y	orazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti inazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della 1に合いる - ひんたのをみてき - たきり(の ちんきにんにしてみ
CON CONTRATTO AIOP	
nell'esclusivo interesse dell'Azien coniuge o conviventi, di parenti e rapporti di frequentazione abitu	iso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta da stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia ale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito iazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia te.
2016/679, che i dati personali i	sere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE accolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, cedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data _ 5/6/2020	
MBRedood.	In fede FIRMA
da allegare copia fotostatica di un solo caso di trasmissione in via tele	documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel ematica, posta o fax

ASST Melegnano e Martesana

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

da compilarsi a cura di con	nsulenti/collaboratori professio	onali
Il/la sottoscritto/a (nome e c		· '
	• •	
Codice Fiscale:	GLN 89743C3	51 H
consapevole della responsa dichiarazioni mendaci o di fo	bilità e delle conseguenze civili rmazione o uso di atti falsi ai sens n. 445 e delle ulteriori norme in n	e penali previste in caso di
	DICHIARA	
collaborazione):	ollaborazione in qualunque modo r lenominazione del soggetto, natur	retribuiti con i seguenti soggetti ra del rapporto e oggetto della
~ ^ `	ere profession con	Parfife I.v.a.
6 Speda Giere OSD	30 are nett me cio li	10/0 struttura
37,43,409 37	118 (40	
	Service Control of the Control of th	
	\$ \$ \$\$\$7	
4		
coniuge o conviventi, di parei rapporti di frequentazione a significativi, ovvero di enti, a amministratore o gerente o di	di essere informato, ai consi o nam	di persone con le quali abbia bia rapporti di credito/debito e, comitati, società di cui sia
-010/0/3/ the I date beison	ali raccolti saranno trattati, and procedimento per il quale la dichi	ho con abmirmantative.
Data <u>07/06/20</u>		D2.
da allegare copia fotostatica d	In fede FIRMA	di validità del dichiaranto pol
solo caso di trasmissione in via	a telematica, posta o fax	January Her
i i		



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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

La sottoscritta Margherita Algeri Codice Fiscale: LGRMGH89S63G273A

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

DICHIARA

 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione): ASST Melegnano e della Martesana con sede in Vizzolo Predabissi – contratto di collaborazione codrdinata e continuativa per l'acquisizione di prestazioni mediche nell'ambito della procedura spediale avviata per l'emergenza sanitaria connessa al COVID-19

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

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

Data 26/05/2020

In fede Transplante Alpi



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

da compilarsi a cura di c	onsulenti/collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/a (nome e	cognome) LOIGI GRASSI
Codice Fiscale: GRSLGS&	10547041
dichiarazioni mendaci o di	sabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 10, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
	DICHIARA
 di intrattenere rapporti di pubblici e privati (indicare collaborazione): 	collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della
nell'esclusivo interesse de coniuge o conviventi, di pa rapporti di frequentazione	le presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta ll'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del renti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia dirigente.
2016/679, che i dati pers	e di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE sonali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data	
	In fede FIRMA hull h.
da allegare copia fotostatica solo caso di trasmissione in	di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel via telematica, posta o fax

da compilarsi a cura di cons	ulenti/collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/a (nome e co	nome) SALVATORE MANCA
Codice Fiscale: MNCSV	1T52E25A407S
dichiarazioni mendaci o di form	lità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di nazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
	DICHIARA
pubblici e privati (indicare de	llaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti nominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della
collaborazione): AZIZND	A ASST MELEGNANO
nell'esclusivo interesse dell'a conluge o conviventi, di pare rapporti di frequentazione	presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero dei nti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia rigente.
2016/679, che i dati perso	di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE nali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, el procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 22-5-20	In fede FIRMA Wowe
da allegare copia fotostatica o solo caso di trasmissione in v	di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel



da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
II/la sottoscritto/a (nome e cognome) HARIA MASCOLO
Codice Fiscale: MSCMRATGMUSE326U
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n
DICHIARA
- di intrattenere rapporti 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 Welli in
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, 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 2020
In fede FIRMA Masedo China
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel colo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax



da compilarsi a cura di con	sulenti/collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/a (nome e co	gnome) Carmelo Saitta
Codice Fiscale: STTCN	<u>/IL61R05H151V</u>
dichiarazioni mendaci o di for	ilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di mazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
	DICHIARA
- di intrattenere rapporti di co pubblici e privati (indicare de collaborazione):	ollaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti enominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della
nell'esclusivo interesse dell'A coniuge o conviventi, di parei rapporti di frequentazione a	presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta zienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del nti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia bituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito ssociazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia rigente.
2016/679, che i dati persor	li essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE ali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, I procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data25/05/2020	
	In fede FIRMA Com do Seite
da allegare copia fotostatica d solo caso di trasmissione in vi	i un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel a telematica, posta o fax



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

<u>da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali</u>
II/la sottoscritto/a (nome e cognome) FEDERICA ROSS
Codice Fiscale: RSS FRC 88 E SSL682 Q
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
* CENTRO HEDICO SANTAGOS TINO - COLLABORAZIONE LIBERO - PROFESSIONALE
PER AMBULATORI DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA
MUHANITAS HEDICAL CARE - COLLABORAZIONE LIBERO - PROFESSIONALE PER AMBULATORI DI GINECOLOGIA
AMBULATORI DI GINECOLO GIA
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, 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) 05/ 2020
In fede FIRMA Tedenica 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

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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

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

Codice Fiscale: TMPNTN62P08F205B

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

DICHIARA

- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
 - Fondazione EdithStein Consulenza in libera professione Prestazioni ambulatoriali in qualità di medico ginecologo
 - Centro della famiglia Di Sesto San Giovanni Consulenza in libera professione Prestazioni ambulatoriali in qualità di medico ginecologo.
 - Centro della famiglia Di Rho Consulenza in libera professione Prestazioni ambulatoriali in qualità di medico ginecologo.
 - Centro Diagnostico e terapeutico Doctors & Doulas Attività libero professionale come medico ginecologo.
 - Centro Polisalute Cinisello Balsamo Attività libero professionale come ginecologo
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerenze o dirigente.

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

Data 13/05/2020

In fede FIRMA



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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) PATRIZIA LABELLA

Codice Fiscale: LBLPRZ81E4\$F205W

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

DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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	Rapporto	Oggetto
LULE soc. coop. Soc.	Libero professionista	Educatrice scolastica per disabili sensoriali
Critical Care Niguarda	Libero professionista	Formatore per corsi BLSD

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

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

Data 17/04/2020

In fede FIRMA

Pohisia lobella

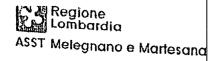
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' (Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di cons	ulenti/collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/a (nome e cog	nome) ELENA DACCA FONTAVA
Codice Fiscale: DCLLN	1E92C45I3537
dicinal azioni mendaci o di form	lità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di nazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
	DICHIARA
- di intrattenere rapporti di coll pubblici e privati (indicare der collaborazione): Dessupo	laborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti nominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della
coniuge o conviventi, di parent rapporti di frequentazione ab	presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta ienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del ci e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia bituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito sociazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia gente.
zoro/o/s, the i dati persona	essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE ili raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data <u>28/04/2020</u>	
, .	In fede FIRMA Le Dello Touton
da allegare copia fotostatica di solo caso di trasmissione in via	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

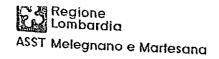
Il/la sottoscritto/a (nome e	cognome) ANTONIO PIRRONE
Codice Fiscale:	RNTN90A16C63ZB
dichiarazioni mendaci o di	sabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 0, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
	DICHIARA
pubblici e privati (indicare	collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della
collaborazione): NES.	SUNJO
coniuge o conviventi, di pa rapporti di frequentazione	le presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta ll'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del renti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia dirigente.
2016/679, che i dati per	e di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE sonali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 15/05/20	In fede FIRMA Jale la dichiarazione viene resa. In di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel
•	In fede FIRMA Jatolio Pirzous
da allegare copia fotostatic solo caso di trasmissione in	a di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel via telematica, posta o fax



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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
II/la sottoscritto/a (nome e cognome) <u>CHIAPA</u> AYGELLA
Codice FiscalePGL_CHR82 L_57L 750A
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi al sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della
REM DIALITY: RAPPORTO DI LIBERA PROFESSIONE PER DIALIEGUANZA SANITARIA MIA SCI. RAPPORTO DI LIPERA PROFESSIONE PER SONNEGLIANZA SANITARIA ANTIOSCUOLA PINNIA: RAPPORTO LIBERA PROFESSIONE PER GRAGABIONE PARE METRO CARS COC ETITLO PAOLO VI: NEDITO DI GNARA IN MEGINE DI MISERA PROFESSIONE TECHAD ENERGIA EROGAZIATE CORSI PRIMO SOCORSO + SONNEGLIANZO SANITARIA IN
- che l'attività professionale presso dell'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia
Il sottoscritto dichiara Infine di 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 12 102 1 202 5
In fede FIRMA Chou fogelle
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità dal 12 de la

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
II/la sottoscritto/a (nome e cognome) <u>GIOVANNI</u> BORGHI
Codice Fiscale BRGGGN 86£02BG39U
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti 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
- IRCCS IST MAUGERI - ASSISTENZA RIAN, PER SEDUTE RADIOL - A CHIAMATA
- EUROP ASSISTANCE - TRASPORTI SANIT A CHIATIATA
- FUENT SPORTIVI - ASSISTENTA SANTT - A CHIAMAT
- che l'attività professionale presso dell'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 30 /4 / 2019 In fede FIRMA
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax



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

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)
da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
Il/Ja sottoscritto/a (nome e cognome) CARMING DOMENICO VOTIA
BOACIOTO VOTA
Codice Fiscale VTT CMN 83 b 17 E977 Q
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in avval
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
OSPEDALE SAN RAFFAELE
- Che l'attività
- che l'attività professionale presso dell'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 19-02-2020
In fede FIRMA Come la Company
da allegare 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



ASST Melegnano e Martesana

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

da compilarsi a cura di cons	ulenti/collaboratori profess	ionali
Il/la sottoscritto/a (nome e cog	nome) VACENCINA	CAUAD
Codice Fiscale:GLN	INTRSCSEH FORY	
consapevole della responsabili dichiarazioni mendaci o di formi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.	dZiONE O USO di atti talci ai cor	nci o nor ali affatti dall'ambigala 7/
	DICHIARA	
- di intrattenere rapporti di colla pubblici e privati (indicare deno collaborazione):	aborazione in qualunque modo ominazione del soggetto, nato	retribuiti con i seguenti soggett ura del rapporto e oggetto della
	Ralles of craw	Redoul
converse &	cho an'tounduco	Assente Sois
A 2	- Andole Lucle	06/04/2020)
- che l'attività professionale	nda stessa, senza coinvolge e affini entro il secondo grado uale, di soggetti con cui a ociazioni anche non riconosciu	ere interessi propri, ovvero del o, di persone con le quali abbia abbia rapporti di credito/debito
Il sottoscritto dichiara infine di es 2016/679, che i dati personali esclusivamente nell'ambito del pr	raccolti saranno trattati, an	che con strumenti informatici,
Data 362	In fede FIRMA	Jely Line
da allegare copia fotostatica di un	documento di identità in cors	so di validità del dichiarante, nel
solo caso di trasmissione in via te	lematica, posta o fax	

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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome)

GIULIA FERRI

Codice Fiscale: FRRGLI87M48D912X

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

DICHIARA

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

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

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

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

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

Data 05/06/2020

In fede FIRMA

ua compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
II/la sottoscritto/a (nome e cognome) FRANCESCA TOSCANO
Codice Fiscale: TSC FNC 83 R 44 E 801 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):
- SYNLAB, COLLABORAZIONE UBERO PROFESSIONALE C/O AMBULATORI
COMO & LECCO SERVIZI ECOCIRAFIA, MAMMOGRAFIA & RX TRADIZIONAL
-HUMANITAS MEDICAL CARE, COLLABORAZIONE UBETO PROFESSIONALE
C/O AMBULATORI ANESE & LAHNATE, SERVIZI ECOGRAFIA, MAMMOGRAFIA
E RX TRADIZION SIE
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta
nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data <u>28.05.2020</u>
In fede FIRMA traucesea hosea
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax



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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

Il/la sottoscritto/a Cristiana Gaggi

Codice Fiscale: GGGCST71549H5010

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

DICHIARA

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

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

come libero professionista

Infermiera libera professionista ASST Melegnano e Martesa

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

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

20 maggio 2020

In fede FIRMA Cr & aug (10

da compilarsi a cura di con	sulenti/collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/a (nome e co	pgnome) MARTA BRAMBIUA
Codice Fiscale: BRMM	RT87R69F205C
dichiarazioni mendaci o di foi	pilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di mazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
	DICHIARA
pubblici e privati (indicare d	ollaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti enominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della
collaborazione): FONDAZIONE IRCCS IN UBERA PROFESS	CA' GRANDA OSPEDALE MAGGIORE POUCUNIUO
TRAPIANTO REDIATA	
nell'esclusivo interesse dell' coniuge o conviventi, di pare rapporti di frequentazione	presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del enti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia dirigente.
2016/679, che i dati perso	di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE nali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, el procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 30.05.2020	41 1 0 1 Ma
	In fede FIRMA III BOUILL
da allegare copia fotostatica solo caso di trasmissione in v	di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel

da compilarsi a cura di <u>cons</u>	ulenti/collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/a (nome e cog	gnome) MARTINA LEGIA GRILLI
	N928517603G
ar dalamaniani mondaci o di tot	ilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di mazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
	DICHIARA
 di intrattenere rapporti di co pubblici e privati (indicare di collaborazione): 	ollaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti enominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della
- FONDAZIONE CA UBERA PROFES	STEUNI ONUS - MEJEGNAND STOVISTA - INFERNIERA PROPESSIONALE
nell'esclusivo interesse dell coniuge o conviventi, di par-	presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta l'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del enti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia dirigente.
2016/679, che i dati pers	di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE onali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data2708/2	In fede FIRMA Poli Washur light
da allegare copia fotostatica solo caso di trasmissione in	di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel



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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali	
Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) MARCO POLESEL	
Codice Fiscale: PLSMRC 89B24 F2056	
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in c dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'artic del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,	aso d colo 76
DICHIARA	
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti so pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto collaborazione): ^ (ENTRO MEDICO SANTAGOSTINO (MEDICO SPECIALISTA I RADIODIAGNOSTICA MERRO PROFESSIONISTA CONTRATTO DI GIVARO RAZIONE) - SEDE (EGALE DI "SOCIETA E SAL VIE SPA" VIA TEMPERANZA 6, 20127 MILLAN) della
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è si nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovven coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/di significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di ca amministratore o gerente o dirigente.	o del abbia
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolament 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informe esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.	to UE latici,
Data 27-05-2020 In fede FIRMA MM	
da allegare conia foto-totico y	



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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) Andrea Brusoni
Codice Fiscale: BRSNDR94E23F205C
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti faisi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
 di intrattenere rapporti 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
Contratto: CoCoCo full time
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 26/05/2020
In fede FIRMA
la allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità dei dichiarante, nel

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

(Art. 47 D.P.R. 26 dicembre 2000 II. 445)
da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
M/la sottoscritte/a (nome e cognome) NANIA LIBENA AVGELLO
α
Codice Fiscale: GLL MLB 83R WSI 158Q
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti 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. PRESST ASST PARA GIOVANNI XIII - NEDICO GINECOLOGO IN LIBERA PROFES
2, CRNSTO SAN DUDATO - NEDICO GINEGO LOCO LIBERA PROF. C/O JMRT (LINIC BELLINGA CO
3. AUTORIZZO LA PUBBLICAZIONE.
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
li scripscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2015/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esc usivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
tis a signe and a full service of undirection of life of 2 to 150 for the self in self in self in the



/	la sottoscritto/a (nome e cognome)_ Anna Daria Portaleone
	la soccoscricto/a (florife e cognome)
Co	odice Fiscale: PRTNDR78E60F205F
dic	nsapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso d chiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 el D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
	DICHIARA
рu	di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggett ibblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della llaborazione):
n <u>te</u>	e professionale presso il Centro Medico Santagostino in qualità di psicologo psicote
<u>se</u>	ttimanali
ne	che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta ll'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del niuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia oporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito
rap sig	nificativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia iministratore o gerente o dirigente.
rap sig am II s 20	nministratore o gerente o dirigente. Sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento LIE
rap sig am II s 20 esc	sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 16/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, clusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
rap sig am II s 20	sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UI 16/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici clusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/a (nome e cognome)Massimo Cesaro
Codice Fiscale:CSRMSM70R31C561M
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
 di intrattenere rapporti 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 l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana per turni di guardia presso l'UOC Ostetricia e Ginecologia di Melzo;
 contratto di lavoro libero professionale con la Medical Line Consulting S.r.L per servizio di Assistenza Medica Ostetrica Ginecologica a gettone;
- attivita' privata presso Poliambulatorio Bmed di Mestrino (PD);
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data14/05/2020
In fede FIRMA Man
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel

solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax



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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
II/la sottoscritto/a (nome e cognome) LOREDANA LEO
Codice Fiscale: LEO LON 84 H 47/ 113A
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti 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 C. Gnorchi "(S. Givliane M.I.), logopedista, libera
"Contra studi polifunzionale Sapienza", logopertista, libera profossion
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data <u>28/3/19</u>
In fede FIRMA Leforedone
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel

solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax

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

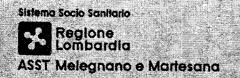
da compilar:	si a cura di consulen	ti/collaboratori p	orofessionali	i	
Il/la	sottoscritto/a	(nome	e	cognome)_	Barbara
Codice BCC	CBBR65S60M089C				Fiscale:
GICTIGLIAZIOTE I	della responsabilità e mendaci o di formazio dicembre 2000, n. 445	ne o uso di atti tal	siaiconcio r	or ali offatti dall'	n caso di articolo 76
		DICHIARA			
collaborazione dipendente time dal sette Da agosto 20	Humanitas Gavazze	nazione dei sogget ni_come ginecolo	ito, natura de ego aiuto a te	el rapporto e ogg mpo indetermina	jetto della ato part-
coniuge o con rapporti di fi significativi, o	à professionale presso interesse dell'Azienda viventi, di parenti e a requentazione abitualo vvero di enti, associa re o gerente o dirigento	i stessa, senza c ffini entro il secono e, di soggetti co zioni anche non ri	oinvolgere in do grado, di ¡	teressi propri, o persone con le qu	vvero del Iali abbia
~010,0,J, CII	dichiara infine di esse e i dati personali ra e nell'ambito del proce	CCOICI Saranno tra	ttati ancho	can ctrumanti i-	mento UE Iformatici,
Data _20/08/	2019				
	In fede FIRMA	Barbara Boccond	cello Bolo	na Mon	

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) ANNALISA LENCIONI
Codice Fiscale: LNC NLS 81R5uFZ05S
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti 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 CLINICA 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 22 05 2019
Data 22 05 2019 In fede FIRMA Ruo Control de la allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax



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

<u>da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali</u>
Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) SARA LA GRUTTA
Codice Fiscale: LGRSRA81HS7FZoSW
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
- ASST NORD MILANO - collaborazione libera professiciale come Elichopa - psicoterapenta con interna doi progotti chinokohin Gots e Gost
The state of the s
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 07/05/2d9
Data OF OS
da allegare copia fotostatica di un documente di idantità



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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) NOEUL SELENE LA SUA
Codice Fiscale: LBA N/N & 8 + 1 9 6 2 + 3 6
Codice Fiscale: LBANOLBS+14992736
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
PLOTE DIONALE CON ADIT VEREGNANO PLATE DAVA
The Control of the Co
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del conluge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara Infine di essere Informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 03/06/9019
In fede FIRMA Nogui Slow La Bus

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)
da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
II/la sottoscritto/a (nome e cognome) NALIAL D (SA GROSS)
Codice Fiscale: GR 5 ML 5 6 1 T 6 1 F 2 0 5 M
·
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione): A SSI SANTI PRAS CORLO, DIPENDENTE SO/ DOPPIA Police police per Domino Con Sulente Police police della con Sulente Centro Maria Selavin. V. Veneta psi co tenna vente con sulente/I, benefa
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
In fada FIDMA



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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

Ia sottoscritto/a Gabriella Glorioso

Codice Fiscale GLRGRL79P56M052B

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

DICHIARA

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

ESERCIZIO IN LIBERA PROFESSIONE presso:

- Ricreazione Centro per l'Apprendimento e la Famiglia via G.B. Moroni, 6, Pedrengo (BG) Progettazione
 Cooperativa Sociale ONLUS Collaboratrice in qualità di Psicologa psicoterapeuta dell'età evolutiva e adulta
- Studio privato Busnago, Via Rossini, 23; Centro di Psicologia, Cernusco S/N, Via Torino 24/11 Psicologa psicoterapeuta dell'età evolutiva e adulta
- Centro di Psicologia, Gorgonzola (MI), Via Căntoni,6 Collaboratrice in qualità di Psicologa e psicoterapeuta dell'età evolutiva
- che l'attività professionale presso dell'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.

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

Data 01.05 2019

In fede

Johnidle Glaioso



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

<u>da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori profe</u>	ssionali
---	----------

<u> sara di consulenti/collaboratori professionali</u>
II/la sottoscritto/a (nome e cognome) ALICE FRANCESCA GLOMBELU
Codice Fiscale: 6000000000000000000000000000000000000
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
20072
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
In fede FIRMA Acti Trouceno Groundle da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dishiarante del dishi
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel

solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax



(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)
da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
II/Ja sottoscritto (a (nome e cognome) GERARNO GIACONA EZI
Codice Fiscale: GCMGRD 74L11C523Y consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
- AFOL METROPOLITANA, LIPERO PROFESSIONISTA, TUTOR BIDATTICO -
TOTOR DIDATTICO
- SEGRATE SERVICE, LIBERO PROFESSIONISTA, SUPERVISORE PEDAGOCICO
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito amministratore o gerente o dirigente. Il sottoscritto dichiara infine di essero inferenzia della contra della martesana è svolta coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

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

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

,
da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) CIAUDIA (ACBIAT)
Codice Fiscale: GIBCLD-78HG8C523W
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
a di intrattonoro rannosti di callata di cal
 di intrattenere rapporti 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 STUDIO DI
LIBERT PROFESSIONE PRESSO STUDIO DI POLTELLO R MELEGNANO
, 5 3 -
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data

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

In fede FIRMA _ Owd

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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
II/la sottoscritto/a (nome e cognome) ORIETTA CINZIA FACINIANI
Codice Fiscale: FCN RTC 55A 62 F 205 R
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
ATTIVITA PRESSO PROPRIO STUDIO PROFESSIONALE 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 29-03-20-19
In fede FIRMA Quito luci la

(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)
Codice Fiscale: DTRRT 5501f (351) consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti 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

Data 25/02/2019

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

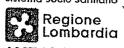
da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
II/Isottoscritto/a_GIOVANNA DI MICELI
CodiceFiscale: DMCGNN66R55G273F
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti 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):
DI SVOLGERE :
ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE MEDICO DI DISTRETTO PER CONTO DELLA ASST MELEGNANO E DELLA MARTESANA AREA SUD;
ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE MEDICO PRELIEVISTA PER CONTO_DI SYNLAB ITALIA SRL;
ATTIVITA'LIBERO PROFESSIONALE MEDICO VACCINATORE PER CONTO DELLA ASST MELEGNANO E MARTESANA AREA SUD
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente. Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento LIE
di cui sia



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

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

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) <u>ROSACBA</u> A LAURO
residente in via/loc./frazione TIUNE LO cap_20090 cittàVINDONONE
Codice Fiscale BUR RUB 81 E 70 I 483N (MI)
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- LANGERT IN PRODUCTS (TO UMVERTA) - SPECIALIZZAZIONE IN PROCESS (S.CA. 2005) - SPECIALIZZAZIONE IN PROCESSARA DEPOSITA CONTRECUTA CIO SCILLA DE SPECIALIZZAZIONE JAN V. PENGOLE DI MILANO (NOVEMBRE 2011) - ISCULZUDIE ALI ALBO DEGLI PRICULGI DELLA LUMBORDA
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.
In fede FIRMA DOUGOSO/bo



ASST Melegnano e Martesana

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) EXANDELA D' GEST
Codice Fiscale: DGSMNL77763 7205A
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
- AFOL SON METROPOLITANA: (OLABORATRICS A PARTITA IVA CON L'INCARICO DI COORDINATRICE FASCE DEBOU, ORIENTATRICE E PRICOLOGA VOLASTICA
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, 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 Emonuelo Di Gent

ASST Melegnano e Martesana

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
II/la sottoscritto/a (nome e cognome) DE LEONARDIS CHRISTIAN
Codice Fiscale: DLN CRS 76 1326 G482E
•
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione): HTC STRADELA (TV) EMIE PRIATO GATIATIC LIB. PIETESICALE LON SAUTE LEM EMIE PRIATO GATIATIC LIB. PIETESICALE LUMANITAS MEMICAL (AIRE ARGSE (M) EMIE PRIVATO GATIATIC LIB. PIETE GATIATICO LIB. PIETESICALIE (ENTIRO EMINICA MINISTIA PAVIA ATTIVITA' LIB. FROTE SICALIE
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 10/06/19 In fede FIRMA Clark of Agumm
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax



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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
II/la sottoscritto/a (nome e cognome) NACIA DIANGUSE
Codice Fiscale: NNCVRC75D62F205 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):
ASST ONEST KULANEST
ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE AM PSICOLOGO X
arca 16 ORE SETTITANACI
THE SECOND SECON
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, 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 Volorio Muching

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

(Art. 47 D.F.K. 26 dicembre 2000 n. 445)
da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) Diego Caminardi
Codice Fiscale: CMNDGI 69 MBE 0946
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso d dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,

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

DICHIARA

					FEITI	ų,			
upohal	RN12 C	oh C	on too the	3 P	45 mbs	Par	nicle	2 2	
en po	the f	ermil	- Other	nel	tuola	Oly	Philo	le ja	
*	146	*		*			•	1 (1/8) -	•

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

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

Data 03/05/2049
In fede FIRMA De Come M

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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

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

CodiceFiscale: CMMMRC60S25H501P

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

DICHIARA

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

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

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

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

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

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

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

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

Data: 02/07/2019

In fede FIRMA



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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) EHOR (un telleur
Codice Fiscale: CSTTTR 54 A 30 6773 &
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 03-05-2019
In fede FIRMA
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax



ASST Melegnano e Martesana

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) Yvo Castagna

CodiceFiscale: 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 priva collaborazione)	ati (indicare denomin	azione del soggetto, na	tura del rapporto e o	enti soggetti ggetto della
CENTRI	VACCINALI	ASSI MELEGN	ANO e MARTER	ANA
<u> </u>	odiero Son.	- S. Juliew M.		
ZGA Bona	DMEA COLL	7.0	- / Capaca	1
2SA AMBI	ROSIANA Calu	m - podi lum	al pitoling	/
(Ocas C. U.)	el 1		U	

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

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

Data 2 7 FEB. 2019

In fede FIRMA

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

Dott. Yvo Castagna Ordine dei Medici (MI) nr. di Iscrizione 38723

(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) SIUIA CARNEVAU
Codice Fiscale: <u>CRNS/V79D5OF205R</u>
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
ASST MELEGNAND & MARTESANA PRICOLOGA PRICOCERAPTITA LIBERA PROFESSIONISTA PRESSO UN PRIGHTATRIA DZI E UN DIA POLO CERRITORIA LE DI GORGONIDIA
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 27/3/19
In fede FIRMA STEROLOGICAL

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

<u>da compilarsi</u>	i a cura di consulenti/collaboratori profession	i de la companya de l
II/la sottoscritte	o/a (nome e cognome) CHIARA LARLIA	
		and the second
Codice Fiscale:	CRLCHR 34E51E801U	
consapevole de	ella responsabilità e delle conseguenze civili e endaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi cembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in ma	e penali previste in caso di e per gli effetti dell'articolo 76 ateria,
	DICHIARA	
- di intrattenere	rapporti di collaborazione	
pubblici e privat collaborazione):	rapporti di collaborazione in qualunque modo rel ti (indicare denominazione del soggetto, natura	tribuiti con i seguenti soggetti del rapporto e oggetto della
4		
GON ALTIN	1 SPENSO ALWN RAPPORTO DI	SollyBonations
	The state of the s	
chat V-Lucias		
pporti di frequ gnificativi, ovver mministratore o (sottoscritto dich	professionale presso l'Azienda ASST Melegnano eresse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere enti, di parenti e affini entro il secondo grado, di senzione abituale, di soggetti con cui abbia ro di enti, associazioni anche non riconosciute, gerente o dirigente. Diara infine di essere informato, ai sensi e per gi dati personali raccolti saranno trattati, anche ell'ambito del procedimento per il quale la dichiara	i persone con le quali abbia rapporti di credito/debito comitati, società di cui sia
ita <u>\$\los \1</u>	019	is refer tess.
	In fede FIRMA 📿	Coli
allegare copia fo	otostatica di un documento di identità in corso di ssione in via telematica, posta o fax	
v vasu antrasmis	scione in via telematica, posta o fax	validita del dichiarante, nel



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

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

2000 n. 445)
Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) BODOK (M VLHD (MID) nato/a KACI NINGE AD (PUSS) A) FR II OS. 03, 196, residente in via/loc./frazione V/A COPPIDOA, 33 cap W 0 9 8 città E, G/YL/A WO M/CAURSE (M) Codice Fiscale BPD VDM OFC 08 2 15 Y W consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA LAGREDICIA DE CARROLA A ZI. 02. 1999 PERSO VAIVE DESIT OF PRICI FRICINA CONTE A ARITE A995 MILLER ULIVED SITAL PEGCY SPEDY MILLER
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 Data Dott. Vladimir Borodkin Medico Chirurgo Via Corridoni,33 20098 San Giuliano Via Corridoni,33 20098 San Giuliano P. Iva 07703580964 Milana e Mallo E P. Iva 07703580964 C.F. BROV Data Corridoni (C.F. BROV Data Corridoni)
da allegare conia fotostata di

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



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

da compilarei -
da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) Beul Cellona
11/18 sottoscritto/a (nome e cognome)Belj CossAnt, us
J. Holy W
Codice Fiscale: BLS CTH 35 R 20 620 TA
CONSADAVOID
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattonom
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
- Cho Matri wa
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del rapporti di frequentazione abituale di soccatto grado, di persone con la cualitati di significatione.
significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia
2016/679, cha i dati
procedimento per il quale la diale in strumenti informatici
Data 29/4/201)
In fede FIRMA
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel
/ 100/ 1101



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

<u>da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali</u>
Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) CAERINA BIELL
Codice Fiscale: BLCCRN69H 45FSS96
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
provide l'éce pour Mne prem l'ospesser S. G. B.
SOUR TO SOURCE T
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 25/05/2019
Data 25/25/2019 In fede FIRMA 21 CO Colors



(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)
da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/a (m/ professionali
Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) Solt. Hulttere COSTA
Codice Fiscale CST MHL SZ ROG FZOTO
CONSANEVOLE dolla
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti collaborazione):
pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della
de l'apporto e oggetto della
DAZIENTA OSPEDACIERA SESTO CAN GLOUPANI
1000000 0000 00000 0000000000000000000
2) JUAN LOS PROY OCTERIEN
SEMMENTAL MARKER DORINI & ARBICATER.
A TRIBINATI T PROGRED
CHICAURIS THURSTR
- che l'attività professionale presso dell'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per Il quale la dichiarazione viene resa,
Data QQ(04(Q)
In fede FIRMA

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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
II/la sottoscritto/a (nome e cognome) MARISTELLA BERSONI
Codice Fiscale: PSHST 85L64F265 I
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione): PSA "Fourdazione (OSA DI RIPOSO (Citto di Abbategrasso) - (auto otto cau e Beberra professioni sta per attitta de portegio como como como di periodi socio con periodi socio cantinati o cua dei periodi socio cantinati o cua dei periodi socio cantinati o cua con con periodi socio cantinati o cua con citto di periodi socio cantinati o cua con
eliboro professore in addissone as studio per cett like
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 10/5/2019
In fede FIRMA More 8000 Poince
In fede FIRMA da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax

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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

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

CodiceFiscale: RZZNNA75L68G224G

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

DICHIARA

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

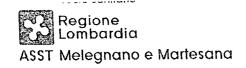
PIRELLI INDUSTRIE PNEUMATICI medico del lavoro
GRUPPO RECORDATI SPA medico del lavoro
BSM BITISH SCHOOL OF MILAN medico del lavoro
STUDIO DENTISTICO SMILE & HEARTH (DOTT.SSA MARICONTI) medico del lavoro
INAC PATRONATO consulenza medico-legale

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

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

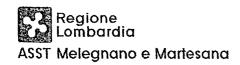
Data 25/2/2019

In fede FIRMA



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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
II/Ia sottoscritto/a (nome e cognome) RECTA ANER
Codice Fiscale: NRARRT 92E61D91ZU
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
- ASST VIMERCATE CONTRATTO LIBERO PROFERSONALE MURRE SETTIMANALI, ATTIMENTA LOGICIONISTA
- FONDAZIONE FON GNOCCHI DI INVERIGO (W), LOFOPENISTA COMPRATIO LIBARO POR EN ONALE
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data OGIOGI 2019 In fede FIRMA Deberto Aurea



Il/la sottoscritto/a (nome e cognome)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

Codice Fiscale: HDRNRS 55E67F 2051

del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,

DICHIARA
- di Intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione): - COCO COOLSO CORE DONE MESCO COCCO COLLAGO MESCO COLLAGO COLLAGO MESCO COL
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, 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 FIRM Leville L
solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax



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

ind socioscricto/a (nom	ne e cognome)Sergio De Cillis
Codice Fiscale DCLSD	272002000
consapevole della resp dichiarazioni mendaci o del D.P.R. 28 dicembre 2	onsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
	DICHIARA
 di intrattenere rapporti pubblici e privati (indica collaborazione); 	di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti sogget re denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto del
_Studio_Privato_(libero_Profes _Dosso Verde Milano (consulen _Compitiamo.it (consulente) Università Bicocca Milano (Cultore	sionista) ste libero Professionista)
	DICHIARA Dilaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti enominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della renominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della renominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della renominazione del soggetto della martesana è svolta di cada stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del i eaffini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito sociazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia gente.
Cho l'attività	
apporti di fraguesto i	ale presso dell'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta ell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del arenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia e abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito di, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia
apporti di frequentazione gnificativi, ovvero di ent mministratore o gerente c sottoscritto dichiara infin 116/679 che i dati	arenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia e abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito di
apporti di frequentazione gnificativi, ovvero di ent mministratore o gerente c sottoscritto dichiara infin 116/679 che i dati	arenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia e abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito di casociazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia dirigente. de di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE sonali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
II/la sottoscritto/a (nome e cognome)
Codice FiscaleTSTMNL73C48A 859A
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
COME PRIVATA PRESSO SIUDIO UIA VENOSA 3 MILAMO
Cho Vettività and a
- che l'attività professionale presso dell'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 26 09 18
In fede FIRMA DILOCOLO (LAC



(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) TINCANI MORENA

Codice Fiscale TNCMRN70C43F205R

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

DICHIARA

 di intrattenere rapporti 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 dipendente, presso cooperativa sociale Nuovi Orizzonti, via Sabaudia Milano, con la qualifica di educatore di sostegno alla didattica

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

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

Data25/09/2018

In fede FIRMA MOTENCEINCOM



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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

Il/la sottoscritto/a GIORGIA RODOLFI

CodiceFiscale: RDLGRG71C63G337A

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

DICHIARA

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

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

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

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

Data 07/11/2018

In fede FIRMA



(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)
C Hun
Codice Fiscale ROCLCR 50024 F 9057
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
- OSP. GIUSSAU - LIB PROF - LATORIUM - CLIN SIGNO - MI - LIB PROF - JUNGMENTI DRIMITI - CLIN SIGNO - MI - LIB PROF - JUNGMENTI DRIMITI
- che l'attività professionale presso dell'Azienda Ospedaliera Ospedale di Circolo di Melegnano è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia aniministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, al sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data HILL In fede FIRMS



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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
II/Ia cottanguity (
Codice Fiscale PGNGRLZSSUGES32 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 sollaborazione): che l'attività professionale presso dell'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta inficativi professionale presso dell'azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del propriti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito inficativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del para infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del para infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del para infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del para infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del para infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del para infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del para infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del para infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del para infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del para infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del para infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del para infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del para infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del para infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del para infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del para infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del para infine di essere informato e per gli effetti d
Codice Fiscale PANGRU75SU9E532 I
CONSanevole dolla mana
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
- che l'attività professionale presso dell'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 03/12/18
In fede FIRMA



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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professiona	<u>ali</u>
--	------------

Codice Fiscale_MRCBBR74L63B393Q

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

DICHIARA

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

ESERCIZIO URFIRA PROF.	c/o STUDIO PRIVATO
- che l'attività passi	

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

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

In fede FIRMA



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

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)
<u>da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali</u>
II/la sottoscritto/a (nome e cognome) PACIA HARENGLU
Codice Fiscale TORMPEARIACIMENTAL
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
EVINDIO REDICO DOTI FRONTERIE RAFFORTO UBERO PROTENIANE OCCASIONALE IN CILLUTA DI CRIGITATA
PARRETT (DESCRIPTA) STODIO OCCUPTICO PRIVATO DI ORDINATO
- che l'attività professionale presso dell'Azienda Ospedaliera Ospedale di Circolo di Melegnano è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infina di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data_K_CE_(Design
In rede FIRMS Paris Transplan

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



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

~	ompilarsi a cura	en consulenti/co	ollaboratori p	rofessionali	
II/Ia	sottoscritto/a (no	me e cognome)	EVIN	NAGN	
.					
Jodic	∍ Fiscale N€1	4 UNE 30 BP	26502E		
onsa ichia el D.	pevole della res razioni mendaci c P.R. 28 dicembre	ponsabilità e dello di formazione o u 2000, n. 445 e del	e conseguenzo Iso di atti falsi Ile ulteriori nor	e civili e penali previste in ai sensi e per gli effetti dell'ar me in materia,	caso d ticolo 76
			DICHIARA		
4	-		in qualunque e del soggetto	modo retribuiti con i seguenti : natura del rapporto e ogget	soggetti to della
1 527	LBUMATORI CHUATRICA SIABILE	ARROUATI ?	SRL B M PROFESSION	MANO por RIABULT	AHS;
			- 50	THE CON MONTE,	RE
porti nificat minis	di frequentazion ivi, ovvero di en tratore o gerente	ne abituale, di so iti, associazioni an o dirigente.	ro II secondo g Oggetti con cu che non ricond	elegnano e della Martesana è olgere interessi propri, ovver rado, di persone con le quali ii abbia rapporti di credito/o sciute, comitati, società di c	o del abbia debito ui sia
ottos /200: usiva	critto dichiara in 3, che i dati pe mente nell'ambito	fine di essere in rsonali raccolti sa o del procedimento	formato ai so	ensi e per gli effetti del D.Lo anche con strumenti inform dichiarazione viene resa.	
	H06/201				
			In fede FIF	RMA Som Mogu	



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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

La sottoscritta ARIANNA MANGIAROTTI

Codice Fiscale MNGRNN82E64M102C

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

DICHIARA

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

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

Data 25 settembre 2018

In fede

Horagnal somewhich



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

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)
da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) <u>ANOREASI</u> ELENA
Codice Fiscale_NDRLNE95T661274A
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
 di intrattenere rapporti 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 RIABILITÀZIONE NEUROPSICOMOTORIA PRESSO PRIVATO PER
- che l'attività professionale presso dell'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione di
Data 21/11/18
In fede FIRMA Introvalle

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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

Il/la sottoscritto/a Monica Manferdini

CodiceFiscale: MNFMNC69P51I110Q

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

, we are a defined and morning in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione dei soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
di essere cotitolore di formore pullabe con impegno orano di 10 ore fettiliqual
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 21/12/18



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

<u>da compilarsi a cu</u>	<u>ra di consulenti,</u>	/collaboratori	<u>profession</u>	<u>ali</u>	
Il/la sottoscritto/a (nome e cognome)	Alessi	x G	roppelli	
nato/a			(_) il	
residente in via/loc.					
cap					
telefono					
e-mail					
Codice Fiscale 68	RPLSS691	49F209	5モ		_
consapevole della dichiarazioni menda del D.P.R. 28 dicem	ici o di formazione	o uso di atti fa	lsi ai sensi	e per gli effetti	ste in caso di dell'articolo 76
		DICHIARA	A		
 di intrattenere rap pubblici e privati (i collaborazione): 	pporti di collaboraz ndicare denomina	zione in qualunq zione del sogge	ue modo re etto, natura	tribuiti con i se del rapporto	guenti soggetti e oggetto della
presso 1	ISST ME	LEGNANC)- MA	RTESAN	<u>A</u>
	-				
 che l'attività profinell'esclusivo intere coniuge o conviven rapporti di frequei significativi, ovvero amministratore o ge 	esse dell'Azienda ti, di parenti e aff ntazione abituale, di enti, associazi	stessa, senza ini entro il seco di soggetti co oni anche non	coinvolgere ndo grado, on cui abb	interessi pro _l di persone con lia rapporti di	pri, ovvero del le quali abbia credito/debito
Il sottoscritto dichi 196/2003, che i d esclusivamente nell	ati personali racc	colti saranno tr	attati, ancl	ne con strume	enti informatici,
Data 16 - 4 . k	8	_		•	
		In f	ede FIRMA_	26	Stoll,



(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) LWIA EVENA FUSS?
codice FiscaleFSSLLN63E52
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
AMOUTA DI PSICOLOGA LIBERO PROFESSIONI STA
TO CRA Valerio, CD Valerio, CRA Trezzo
e studio privelo
- che l'attività professionale presso dell'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 24918 In fede FIRMA AUD TUM



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

da compila	<u>arsi a cura di consulenti/collaboratori professi</u>	onal:
TI/In and	Professional Profe	Ullall

rofessionali
Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) <u>I SA BEUA BOSS</u>
Codice Fiscale DSS SLL 94056 I 577L
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della
TEMP STA BELL NOWN E FELDWALLATA DEL ETA ENOUNVA
- STUDIO MEDICO- SPECIALITATO VIA RAMEZZINI S, MILANO TNOPEE Sono Settininino
5 20 Settimousli
an mangli
- che l'attività professionale presso dell'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito amministratore o gerente o dirigente.
11 sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiamoria.
Data 24 - 10 - 18
In fede FIRMA Julelle Deson

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



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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
II/la sottoscritto/aROBERTO CARNEVALI
Codice Fiscale CRNRRT52C08F205S
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti 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 in studio privato di proprietà sito a Milano in via Ozanam 3
Lavoro nei locali del Centro Psiche e Soma sito in Pioltello in viale San Francesco 16, al quale viene corrisposta una quota mensile per l'uso dei locali e della segreteria
Attività seminariale saltuaria (1 volta l'anno) per La Scuola di Psicoterapia Psicoanalitica con sede in Milano, via Pergolesi 27, retribuita con fatturazione alla Scuola con IVA
- che l'attività professionale presso dell'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data27 settembre 2018
Dl. 15 Co. a.l.

In fede FIRMA

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



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

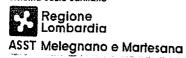
da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
II/la sottoscritto/a (nome e cognome) NORINA BERTONI
Codice Fiscale BRT NRN 73741 E 6420
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
10 are/sett. attentà libra prof. c/o Medical Center boli
So ort/annue do 1st. Luca Pacióli Cumo
- che l'attività professionale presso dell'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici,

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

In fede FIRMA M. Berlan

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

Data 28/8/2018



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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
II/la sottoscritto/a (nome e cognome)CREST NACOFANO
Codice Fiscale CFNHCRC4E43H\$O1U
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
PLNISTERO DELLA GLUSTIZIA CONSULENZE TECNICHE D'UFFICIO CONSULENZE PRESSO IL TRIBUNALE PER I MUNORENNI DE MULANO
EBRESCA
- che l'attività professionale presso dell'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 16.4. 2018
In fede FIRMA MUCLO QUID



DICHTARAZIONE SOSTITUTUA DE ATTO DE E

(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)
Codice Fiscale CLM GPP 605 21 Cop 37
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
SAN MANG - SINGONIA. PENGAMISCHI - POLICLINICO
- che l'attività professionale presso dell'Azienda Ospedaliera Ospedale di Circolo di Melegnano è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito dei procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 08/26/2019

da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel ento reen di freensictione in vie totonestico monte o fest

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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
II/la sottoscritto/a (nome e cognome)SILUIA COLO22!
Codice Fiscale CLZSLV 76A57F205V
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 70 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggett pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
private: CENTRO BONGO PARADO (BG)
- che l'attività professionale presso dell'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero de coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di credito/debito rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data ZL. W. R
THE TENTAL TO A STATE OF THE PERSON OF THE P



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

6 Mar 17 20 dicembre 2000 n. 445)
da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
II/la sottoscritto/a (nome e cognome) <u>CRIPPA</u> MARTINA
Codice Fiscale_CRPMTN92T49M052T
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
-STUDIC PRIVATO SITO IN MERATE (LC) COLLABORAZIONE B
LIBERD- PROFESSIONALE PER ZORE SETTIMANALI
LIBERO-PROFESSIONATE PER 5 ORE SECTIMANALI
- che l'attività professionale presso dell'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 21 M 2018
In fede FIRMA MONDING CRUPE



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

<u>da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali</u>
II/la sottoscritto/a (nome e cognome)
Codice FiscaleDRSMNN46M42F2050
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
 di intrattenere rapporti 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 Melegriais
- che l'attività professionale presso dell'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene rocci.
Data 4 10 18. In fede FIRMA MAD

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
Mila sottoscrittela (nome e cognome) EVENA BAGNASCHU
Codice Fiscale BGN LNE90HSOT974F
consavevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso d dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
a continue allega managements.
- che l'attività professionale presso dell'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensì e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito dei procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 9/14/18
In fede FIRMA Cas Boy world

da allegare 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

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)
da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
II/la sottoscritto/a (nome e cognome) MARIA GRAZIA BAGNATO
Codice FiscaleBGN MGR 81 H52F5377
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione): (IEDICO BI REBICINA GENERALE IN CONTENNIONE POTALE BI ASSI NO CICCO
- che l'attività professionale presso dell'Azienda Ospedaliera Ospedale di Circolo di Melegnano è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara Infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 30,05, 20A
In fede FIRMA

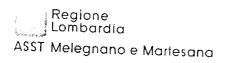
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
II/la sottoscritto/a (nome e cognome) <u>NESYLOW ANELLI</u>
Codice Fiscale NCLLSN 77 COBE 290 I
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
COOP SOC. LA FONTE DI SCIPAMETA ONCUS VIA SILVE PECLICO 7, GLAND DI GINNAT PI ADDA - Raffonto di Generale elses foferende OBIULTE de PSPORIZO / PILOTENJENDO.
- che l'attività professionale presso dell'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 16 10/18 In fede FIRMA Alle And Control
In fede FIRMA



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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
II/la sottoscritto/a (nome e cognome)ILENIA MASSI MO
Codice Fiscale: MSSLN189A63E435C
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti 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.
Data01/06/2019
In fede FIRMA July Taj
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax



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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) Repaci Giuseppe

CodiceFiscale: RPCGPP40E01G288E

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

DICHIARA

DICHIARA
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggett pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
Wesser Tepport
- che l'attività professionale muse l'a
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
In fede FIRMA GREATE
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax



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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) Martinoli Sara

solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax

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):
Toth the Climici Schenh fice teaugen Pana (liber profession sto
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data13 6 2019
In fede FIRMA Shoulmon
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nol

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

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) CLEMENCE HERMINE
TCHOKOTHE POUNGOUE

CodiceFiscale: TCHCMN 86 B50 2306 0

consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 7 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,

DICHIARA

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

LIBERA PROFESSONE PRESSO KOS CARE S
PER PRESTAZIONE DI GUARDIE MEDICUE NOTULI NETICIONE NET

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

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

Data 08(07(2019

In fede FIRMA Dott.see

ASST MELEGNANO E DELLA MARCO DE Présidio Cerquecoson - Vegro de Sede Vaprio d'Adda (M.C. Meprio) d'Adda (M.C. Meprio) de Melegra de Marco de Melegra de Me

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

da compilarsi a cura di consulenti/colla		45)
Il/la cottana iii (a constitenti/colla)	<u>boratori profess</u>	<u>sionali</u>
Il/la sottoscritto/a (nome e cognome)	MORBRO	Also
Codice Fiscale MNLL95 52 M	02 A522	H
consapevole della responsabilità e delle c dichiarazioni mendaci o di formazione o uso d del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle u	Onsequenze civil	i o pondi
DIC	HIARA	
 di intrattenere rapporti di collaborazione in o pubblici e privati (indicare denominazione de collaborazione): 	qualunque modo el soggetto, natu	retribuiti con i seguenti soggetti ra del rapporto e oggetto della
Talichico S. Donato		
-3000 341		
MULTI MEDICA		
	C 1 48	e(A
che l'attività professionale presso dell'Azieno ell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, soniuge o conviventi, di parenti e affini entro i apporti di frequentazione abituale, di sogginificativi, ovvero di enti, associazioni anche mministratore o gerente o dirigente.	secondo arado	di propri, ovvero del
sottoscritto dichiara infine di essere informo 16/2003, che i dati personali raccolti saran clusivamente nell'ambito del procedimento per 123.06.11	mato, ai sensi e	ner ali esc
- u - l 1	In fede FIRMA	Stendy



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

da compilarei
compliars a cura di consulonti (
Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) シAVER(の くらい(はめの
Codice Fiscale: CLLSVR 50A09H224R consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti 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. In fede FIRMA
Data 21/04/10
In fede FIRMA



Data 28/02/2019

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)
da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professione!
Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) Valentina Zampaglione
Codice Fiscale: 24PVNT 9554482864
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti 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 (ubero - profosso alle contratto di collaborazione) - Binzico (Mi) - Contratto di collaborazione (ubero - professo alle contratto di contratti
Contraction (Contraction)
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.



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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

La sottoscritta ILARIA VARISCO

Codice Fiscale: VRSLRI74H51C523D

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

DICHIARA

- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
- Collaborazione come libero professionista con il Consultorio Familiare di Merate (Lecco), Fondazione Don Silvano caccia Onlus; autorizzazione con delibera ASL n. 308 del 27/07/2005; accreditamento presso la Regione Lombardia con DGR n.141 del 14/06/2005 STUDIO PRIVATO SITO IN VIALE COMPOGA, AB NEMATE (LECCA)
 - che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero disenti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.

Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, 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(31,19	•	•	Λ		•
			In fede FIRMA _	1760 Ca	λ.	

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

da compilarei
Il/la sottoscritto/a (para
II/la sottoscritto/a (nome e cognome) STEFAWO VALLASCIAWI
Consanevola della Consanevola
consapevole della rocci
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 7 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
della diceriori norme in materia,
DICHIARA
- di introtta
pubblici e privati (indicare denominazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti collaborazione): 1. The action of the collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti collaborazione): 1. The action of the collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti collaborazione): 1. The action of the collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti collaborazione): 1. The action of the collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti collaborazione): 1. The action of the collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti collaborazione): 1. The action of the collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti collaborazione): 1. The action of the collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti collaborazione): 1. The action of the collaborazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione): 1. The action of the collaborazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione del soggetto della collaborazione della collabo
Man Stank soggetto, natura del rapporto e oggetto della
- olbH Vallación Philato
MOSTUDO PONNATO STEFALLS VIA CANDUCCI 19/B PESCHIFINA
THE SCHIFTING
che l'attività professioni
che l'attività professionale presso dell'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta niuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali attivi.
niuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia ministratore o grado, di enti, associazioni anche poprii di crodite (1) proprii di crodit
nificativi, ovvero di enti con cui alti di soggetti con cui alti persone con le quali abbia
porti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito ministratore o gerente o dirigente.
Ottoscritto diale
iottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. usivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resp.
usivamente nell'ambito del procedimento per un trattati, anche con strumenti i anche con
usivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
anche con strumenti informatici, alche con strumenti informatici, og 2009
In fede FIRMA The Julie
legare copia fotostatica di un documento di il



(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)_FRANCO TELESE

Codice Fiscale: TLSFNC67C09F205F

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

DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 di natura Medica (medico di Guardia) presso l'Istituto Palazzo 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.

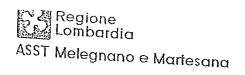
Data _30/05/2019

In fede FIRMA Franço Telese



(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) RNNAUSA HA6NI
Codice Fiscale: MGNNCS68PS6F709A consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
- POUARBULATORIO VEM SAWS, SEGNATE UBERA PROFESSIONE WEOPERISTA
- STUDIO LOGOS - VIKERCATE UBERA PROPESSIONE LOGOPEDISA
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente. Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
In fede FIRMA Accuelles Confred da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax



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

da compilarei -	11. 445)	
esimpharsi a cura di c	Onsulenti/collaboratori	
Win and	onsulenti/collaboratori professionali	
All a sottoscrittø (nome e	cognome) SABRINA LICATA	
	STORINA CICATA	
		_

Codice Fiscale LCTSRN76 H 59A0 8PZ

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

DICHIARA

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

- M = 0 = 0	, i o oggetto della
TLEDIES CMI PROPER	
-MEDIES CML PRESS -MEDIES NECROSEOPO	o INPS DI MILRAM
TO MECROPO	PRESED ASST MERECUMOMORDARIA
- M.=0	1133) PLEUTON PANDO DA
- MODING SANITARIA	COLOR ANDRIN
	THE GOMANIA ASSESSED
	PRESIDE ASST MENERAMONARDARIA PRESIDE RESIDENTATION DON VIGIL DEL FLOCE DI PAVIA
	1111/11/
- cha Kara	
- che l'attività professione	

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

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

Data 18/06/2019

In fede FIRMA_

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

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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) Tommaso Schioppo

CodiceFiscale: SCHTMS85A28F205Z

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

DICHIARA
- di intrattenere rapporti 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
ASSEGNISTA DI RICERCA TIPO A
PROFETTO DI RICERCA
- POLITERAPICO
LIBERO PROFEISIONIJTA
ATONTO ANBULATORIALE
- CENTRO MEDICO SANTI AFOSTINO
LIBERO PROFESSIONISTA
ATTIVITA ANBULATORIALE
FILLIDIO (FIBURIONI) CC
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente. Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE
esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 12/7/2019 In fede FIRMA Tommon lingy.
In fede FIRMA lawwar flugg.
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel solo caso di trasmissione in via telematica, posta o favo



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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
II/la sottoscritto/a (nome e cognome) PATPIZA SACCENTE
Codice Fiscale: SCCPR 290 BLHE801 U
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione): CENTRO COSMO (ABBIATEGRASSO-MI) S ORE TNPEE, LIBERA MOFESHONE O MUDIO PRIVATO LIGEVANO PORE/SEU. TNPEE, LIBERA MOFESHONE
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 1/03/2019
In fede FIRMA POMINO QUEUTE
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel

solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax

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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) SILVIA RUGGIERO
Codice Fiscale: RGG 5LV 88C 69 M 102 5
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
ON FIRSON CONTRIBUTION OF CHAMPES CHAMPES OF AND CHAMPES AND CONTRACT ASSOCIATION OF THE STREET
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 2:03. 2019
In fede FIRMA
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel

solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax



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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
II/Ja sottoscritto/a (nome e cognome) WCA NOUTOA
Codice Fiscale: RVD LCU76HU1 M102A
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti 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 LUE Navely
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax

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

		(* " C. 17 D.F.R. 26	alcembre 2000 n. 4	45)		
<u>da cor</u>	<u>mpilarsi a cur</u>	a di consulenti/co	ollaboratori profess	sional:		
Il/la so	ottoscritto/a (no	ome e cognome)	PAFFAELL	_	AIMONDI	-
consape dichiara	Fiscale: evole della re azioni mendaci .R. 28 dicembre	sponsabilità e dell	子3 Dムタ F2 e conseguenze civi iso di atti falsi ai ser lle ulteriori norme in	i e penali na	- eviste in caso d etti dell'articolo 76	'i 5
		E	ICHIARA			
- che l'at nell'esclus coniuge o rapporti o significativ amministra. Il sottoscri 2016/679, esclusivam	CASTELIO CAS	PESSANO - CENTRO S NEURO PSICO TITUTO PSICO AIAZ PO Z DI ADUL DIBER DI ADUL DIBER DI ASSOCIAZIONI an el o dirigente. Fine di essere informersonali raccolti sa to del procedimento	nda ASST Melegnam ro il secondo grado, ro ggetti con cui abl che non riconosciute mato, ai sensi e per rranno trattati, anch per il quale la dichia	CCHI COCCHI COCCHI	A IN REGIONAL CONTROLLA PLANTO A IN REGIONAL CONTROLLA PSICOPATOL PSICOT P	METOGIA F) RIVATO
da allegare solo caso di cutton Lec a f	copia fotostati i trasmissione i こうし のん	ca di un documento	fede FIRMA Corso osta o fax	di validità dal	2: 1 :	1
ser à L	isso al	la pubba	Sta o fax Ci con one Clark	del p	resente of	R

(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) Porta Alessandra

CodiceFiscale: PRTLSN75A50C523T

consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di

del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
- CEDAL GALLMATE C/O SEDE DI PRILLIMO VIA depli ITBRIADI 31 COME MEDICO PREJEVATORE IN LIBERA PROFESSIONE
- MEDEAL DI COMMUNICO SUX MANIGLIO BIRETTORE SANITARIO E MEDICO DI MEMICHA ESTETICA IN LIBRA 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 caranne tentiti.
2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data <u>080-415</u> In fede FIRMA
da allegare 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

MICOLA PASCULI

Codice Fiscale PSCNCL 81 A 284926 k
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
crevings aunicipal a celevino); analica vos mausico-
ATAPAINO A - ADJOCIENTETIEND ASUBPLICEM: CVALIATI CAITS CUIDA (O CATUS) -
- FURIDA ASSISTANCY - TRADITATI SONITARI - ACHIAMATA
- che l'attività professionale presso dell'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 5/5/Lo19 In fede FIRMA

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

solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax



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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

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

LVRSMN70A561690X

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

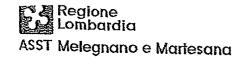
DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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. Fondazione Arnaldo Pomodoro, libera professione, conduzione laboratori scuole c/o lo Studio
- 2. Casa Testori Associazione Culturale, libera professione, conduzione laboratorio progetto CreArte c/o scuola elementare
- 3. Sineresi Società Cooperativa, libera professione, Docenza c/o la Scuola di Arteterapia di Lecco
- che l'attività professionale presso dell'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.

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

Data 14/01/2019

In fede FIRMA



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

da Compilarei a cura di consulanti (
da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/a (nome e cognome)
Codice FiscaleNTOUNT 86A6 1M1020
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
· AISA LOMBARDIA (6 OH / MESE)
(AUAMINIES) SO OF SENTHANA)
(20 OPE / SEUMANA)
che l'attività professionale presso dell'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia apporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
l sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data10 06 2e19
In fede FIRMA ploused cota.



(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) HARIACLESA NICOTRA
Codice Fiscale: NCTHLS82C 43 F 839 2
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione): - COCP LA STRADO : AS COCENTRO TIARA (4 N SETTRANACI) - ASSOCIAZIONE (SIL ACMICINI): AS COCCANTORIO TAKILLA (E SIL SETTRAMACI) - COCP (COVIN): AS COCCANTORIO TAKILLA (E SIL SETTRAMACI)
- CEDP. COMIN: AS GO ATIND PROTESTIONIALE (20 N HERE)
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene.
Data 15/04/2019
In fede FIRMA
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax

(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) Can pri Amo Konno
Codice Fiscale: MARCST6 (DZ6 F30 FX
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
- Couruleune Assi Sunn Proto & CAMO etto te Chero preferionale et misterano
- Counclive e sujonisome acop €20 coop
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abilina e, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia
Il sottoscritto dichiara infine di essero informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 01.04.2010

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

200 III 113)
da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) GJYLYSHAME MITAJ
Codice Fiscale: MTJ GTLG7 P70 Z100C
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti 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. Sostiluaione medico dibore occasionalmente e mer giorni oli festivito, Asso, diliani Melao
2. ATTIVITÀ Libera professione una volta alla settime o copini à settimaine, 4-5 ore
cho Mattinità
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data7/3/2019
Data 7/3/2019 In fede FIRMA 4/Lite7
da allegare copia fotostatica di un d



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

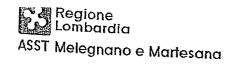
ua compliarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
II/la sottoscritto/a (nome e cognome) FMN (852 HARHSC)
·
Codice Fiscale: MRGFNC52A06F517H
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 2-5-14
In fede FIRMA da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nol
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax



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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali	
II/la sottoscritto/a (nome e cognome) EUENA PASSERI	
Codice Fiscale: PSSLNE83L66 F 205 I	
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,	
DICHIARA	
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):	
ASST MELEGNAND THREE SANA	
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.	
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, 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 3 2020 In fede FIRMA Color of the state of the st	
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel	

solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax



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

2000 n. 445)
da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) <u>ISABEUA</u> SENSAUI
,
·
Codice FiscaleSNSSLL86PG3H50AZ
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della
1871000 Curios CITA STUDI HILARO: conhallo libero profermonale Hedes conducios 1871000 Curios SAN SIRO MILANO: conhallo libero profenenal Hedes interdirector
gar. or or of Records
- che l'attività professionale presso dell'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione.
Data 26/06/2018
In fede FIRMA Samuel

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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
II/la sottoscritto/a (nome e cognome)SARA TORBEIL
Codice Fiscale: TRBSRA91L48M102T
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione): MEDICAL CENTER INDICALEBRIA PROFESSIONE
FONDAZIONO RETINA 3000 - IMAQUO DIA GNOSTICO NELLE MA LATTIE
enra SPA-NexTUSION STEPUP: PROSECTO DI FORMA A ONE SU CAMPO PER LA UALIDAZIONE DEI DATI E DEL PROCESSO NEXTUSION
Progero Annuale (2019)
cho Vattività professional 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
Data 3/12/19 In fede FIRMA Suctabelly
do allegare genin fatestation di una

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

da compilarsi a cura	di consulenti/collaboratori profess	<u>ionali</u>
----------------------	-------------------------------------	---------------

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali	
•	II/Ia sottoscritto/a (nome e cognome) DR BELLOFIORE SANTO
	Codice Fiscale: BUL SNT 64A24 D768 Q
•	consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
	DICHIARA
	- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione): C.B. MANGIONI HOSPITAL STR Lecco in qualità di Medico specaliste in Amerieria Rianimazione con Telforto 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.

i, usivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

In fede FIRMA



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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

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

CodiceFiscale: PDRSVP75H50F205V

solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax

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

DICHIARA

 di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
18 TOTI CLINICI DUCCHI
AU YOWGI W
COURE COLOCION ANDIA
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 30/10/2015
In fede FIRMA
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel



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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

La sottoscritta (nome e cognome) Valeria Cappadonna

Codice Fiscale: CPPVLR82D67C351A

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

DICHIARA

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

Cooperativa Arti e Mestieri Sociali, rapporto di subordinazione a tempo indeterminato contratto part- time (16 ore settimanali) – sede di lavoro: Comune di Peschiera Borromeo-Servizio Minori e Famiglia

Ministero della Giustizia- Ufficio Esecuzione Penale Esterna – Attività libero Professionale presa in carico di persone con procedimenti penali, ristretti o in misura alternativa al carcere

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

Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, 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 2019

In fede FIRMA



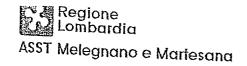
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) GRARDIU SIMONE
Codice Fiscale: GRR SMN 75 D 18 2 682 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):
COLLABORAZIONE MIUR
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichia azione viene resa.
Data 12 07 2019
In fede FIRMA
da allegare conia fotostatica di un documento di identità in appre di colidi.



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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
II/la sottoscritto/a (nome e cognome) MASSIRO FERRARI
Codice Fiscale FRR 75 M 74 R 3 4 I 690 J
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
ATS PROVINCIA DI PAVIA (CONSULENZA IN QUALITÀ AT MEDIC CONFERMITATIONI PENITENZIARI DE CLA PROVINCIA DI PAVIA (""""""""""""""""""""""""""""""""""""
- che l'attività professionale presso dell'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 22.7.2019 In fede FIRMA Human



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

(Arc. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)
da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) ANTONIO VAREUA
Codice Fiscale VRR HTH 49HO9 A783H
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti 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 HOM AVERE ALCUM TIPO di RAPPORTO LAVERATIVO.
che l'attività professionale presso dell'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta ell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del più propri di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia piificativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia sottoscritta di la
sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. 6/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, clusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
ta as of 2019 In fede FIRMA MONNY
In fede FIRMA YOUTU

(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) Angela Maltagliati

CodiceFiscale: MLTNGL55R68E921E

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

DICHIARA

- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
IRCCS OSPEDALE S, PAFFARES - PAPEDRIO DI CONSULENZA
IN UBBRA PROPESSIONE
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 107(19
In fede FIRMAL follows geo
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax



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

(Art. 4/ D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)
da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
II/la sottoscritto/a (nome e cognome)CM(ARA RANDA220
Codice Fiscale_ RND CMR79 L71F205 U
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione): ATTIVITÀ CLINICE E PSICOTETA PE UTI GE Presse Studio Privato in Milano presso Viale Blighy 11 plu un impegno por e se se monele
- che l'attività professionale presso dell'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente. Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
In fede FIRMA Charles

(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) Miaco P= aillo
OF THE PART OF COMMENT TO
Codice Fiscale: Print 6]()2) F2057
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
ALLIAM & WORLDWINE PROTERS
CORD CORDILENTE 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 27/06/14
In fede FIRMA



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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali
Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) ROBJRFO PANN/
Codice Fiscale PWN PRT 47 E 18 F 6 + 1 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 BORGANO SST
HSHCAL CINS CONSUCTING
- che l'attività professionale presso dell'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.
Data 14/5/18 In fede FIRMA MOULE MUL
THE TRANS PORT OF STANDER
da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel
solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax

solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax



(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) for GANGENO DRAZO GIUSEDDE

CHANGEN ORAZIO GIUSEA
Codice Fiscale GNGRES 50019IASHQ
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia,
DICHIARA
- di intrattenere rapporti 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 DERGAMO EST
HUMANITAS SAN BIOX
MEDICAL LINE
- che l'attività professionale presso dell'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia

rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.

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

In fede FIRMA_