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

| da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali |
|---|
| Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) Marchesi Roberto |
| |
| |
| |
| Codice Fiscale: MRCRRT93A18A794I |
| consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia, |
| DICHIARA |
| - di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione): Salmoiraghi e Viganò - contratto detrminato - ottico ed addetto vendite |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| - che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente. |
| Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa. |
| Data 12/03/2021 |

da allegare 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 ____ Marchesi Roberto



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

| da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali |
|---|
| II/la sottoscritto/a ANNA PETROSINO |
| |
| |
| |
| Codice Fiscale: PTRNNA 77 049 B6390 |
| consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia, |
| DICHIARA |
| - di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione): |
| SOCIO LAVORATORE Q ORE A SETTIMANA DI INTERVENTO |
| SCOLASTICO - COOP. SOCIALE CSES COMO VIA COL DI |
| LANA S |
| CONSULENTE ANTETEMPEUTA 8 ORE AL MESE |
| FONDARIONE PAPA GIOUANNI XXIII VALBREMBO VIA ITALIAS |
| |
| |
| - che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente. |
| Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa. |
| Data 30/03/2021 |
| In fede FIRMA Anna Petrosa |
| da allegare 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</u> | compilarsi | a | cura | di | consulenti | /collaboratori p | rofessionali |
|-----------|------------|---|------|----|------------|------------------|--------------|
|-----------|------------|---|------|----|------------|------------------|--------------|

| Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) ANNEA COLOMBO |
|--|
| |
| |
| Codice Fiscale: CLYNDR91H22C351B |
| consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia, |
| DICHIARA |
| di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione): |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| - che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente. |
| Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa. |
| Data 12 03 2021 In fede FIRMA DI ORIGINALIA DE CONTREA |
| 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 |

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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) Jonathan francesco Toscano Codice Fiscale TSC JTH 904 15 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 Sostituto MMG per ATS Milous - 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



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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

Il/la sottoscritto/a FRANCESCA CODAZZI

Codice Fiscale: CDZFNC78B63E648I

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

DICHIARA

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

ELENA GIUDICE Via Giambellino 6 – 20146 Milano CF GDCLNE76D59F205H P.IVA 06901140969 – collaborazione occasionale – gestione segreteria formativa di Assistente Sociale Privato

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

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

Data 11/03/2021

In fede FIRMA Maneelea Colozza



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

| da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali |
|---|
| Il/la sottoscritto/a ROBECTA ANIERI |
| |
| Codice Fiscale: NRARRT 92E61D912U |
| consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia, |
| DICHIARA |
| di intrattenere rapporti 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 VIMERCETTE C/O UDIPIA BESANA BRIANZA |
| PAL 25/02/2019 AD OBG 20 A/SOU |
| |
| |
| |
| - che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente. |
| Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa. |
| Data 25 03 21 |
| In fede FIRMA beets Seven |
| da allegare 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/ia sottoscritto/a LEO LOREDANA

Codice Fiscale: LEOLDN84H47L113A

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

DICHIARA

- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
- · denominazione Ente: pubblico asst Melegnano e Martesana UONPIA polo di S. Donato Milanese
- · profilo professionale: LOGOPEDISTA
- · tipologia del rapporto: LIBERA PROFESSIONE
- · denominazione Ente: Istituto privato convenzionato, FONDAZIONE DON CARLO GNOCCHI
- · profilo professionale: LOGOPEDISTA
- · tipologia del rapporto: LIBERA PROFESSIONE
- · denominazione Ente: privato CENTRO STUDI POLIFUNZIONALE SAPIENZA
- · profilo professionale: LOGOPEDISTA
- tipologia del rapporto: LIBERA PROFESSIONE
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.

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

| Data _ | 24.03.2021 | | | , |
|--------|------------|---------------|----|---------|
| _ | | In fede FIRMA | Lo | Joedana |
| | | | | |



| (Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 II. 445) |
|--|
| da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali |
| Il/la sottoscritto/a ORLETTA CINZLA FACINCANI |
| 1. 1. 2 TO 1. 2 TO COED |
| Codice Fiscale: FCN RTC 55A 62 F 205R |
| consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia, |
| DICHIARA |
| - di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione): COOPERATIVA ARTELIER: 20 oce al mese chi malatta di NPI mello comunito tenapondico i fundenzione biolicii. |
| che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente. Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, 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>23-03-21</u> |
| In fede FIRMA da allegare conja 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/aAnnalisa Magni |
| |
| Codice Fiscale: MGNNLS68P56F704A |
| consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso d |

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

DICHIARA

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

Poliambulatorio Verasalus -logopedista libera professione

Studio Logos -logopedista libera professione

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

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

Data 23 marzo 2021

In fede FIRMA

Amalesa Korger

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

| da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali |
|---|
| <u>sara ar conscienti/collaboratori professionali</u> |
| Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) CAMIWA BERTINO |
| |
| |
| |
| Codice FiscaleBRTCU92D67F20SU |
| consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia, |
| DICHIARA |
| di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione): |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| pniuge 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 gnificativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia mministratore o gerente o dirigente. |
| softoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. sociusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa. |
| 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 proporti 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 gnificativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia mministratore o gerente o dirigente. sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. 26/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, sclusivamente 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) VALENTINA CAMPOROTA |
| |
| Codice Fiscale CMPVNT86T4563880 |
| consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia, |
| DICHIARA |
| di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione): |
| |
| |
| |
| |
| |
| - che l'attività professionale presso dell'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente. |
| Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa. |
| Data 18 01 707 1 |
| In fede FIRMA Moutive Conjour |

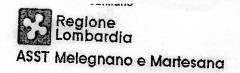
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

| TIVE SOLLOSCRITTO/A (NO | ome e cognome) | MONICA | PIMPINI |
|--|---|--|--|
| | | | |
| Codice Fiscale | BWBWR | 1C67R48H | 501V |
| consapevole della red dichiarazioni mendaci del D.P.R. 28 dicembre | sponsabilità e delle | | genali associato i |
| | | CHIARA | |
| - di intrattenere rappor pubblici e privati (indic collaborazione): | ti di collaborazione in care denominazione d | qualunque modo retrib lel soggetto, natura de | ulti con i seguenti soggett I rapporto e oggetto della |
| COOP LOTA | CONTRO L | EMARGINAZ | TONE |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| porti di fraguenta | parenti e affini entro | il secondo grado di pa | della Martesana è svolta ressi propri, ovvero del rsone con le quali abbia pporti di credito/debito |
| Mincativi, ovvero di er Iministratore o gerente | o unigente. | and a contract of | nitati, società di cui sia |
| Iministratore o gerente sottoscritto dichiara in 5/2003, che i dati pe dusivamente nell'ambit | fine di essere infor | mato, al sensi e per | all essertit a cui sia |
| nministratore o gerente sottoscritto dichiara in | fine di essere infor | to a con | all essertit a cui sia |

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

| V 77 Dit 414, 20 U | icembre 2000 n. 44! | 5) |
|--|---|--|
| da compilarsi a cura di consulenti/colla | iboratori professio | mali |
| Ii/la sottoscritto/a (nome e cognome) | GLORIA | (ANZAMOVA |
| | | |
| | | |
| Codice Fiscale LNZGLR 96B | Marian | |
| consapevole della responsabilità e delle d dichiarazioni mendaci o di formazione o uso del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle d | conseguenze civili di atti falsi ai sensi ulteriori norme in ma | e penali previste in caso d e per gli effetti dell'articolo 76 ateria, |
| DIC | HIARA | |
| di intrattenere rapporti di collaborazione in pubblici e privati (indicare denominazione de ollaborazione): | | ad rapporto e oggetto della |
| COLLABORAZIONE IN LIBER ATTIVITÀ SPORTIVE CONCOR DI PROHOZIONE SOLIAVE P | CA PLOFESSIO | AT CON COORDINA |
| | | |
| | | |
| | | |
| che l'attività professionale presso dell'Azience ell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, so uniuge o conviventi, di parenti e affini entro i pporti di frequentazione abituale, di soggi gnificativi, ovvero di enti, associazioni anche noministratore o gerente o dirigente. | l secondo grado, di etti con cui abbia non riconosciute, d | persone con le quali abbia rapporti di credito/debito comitati, società di cui sia |
| sottoscritto dichiara infine di essere inform 6/2003, che i dati personali raccolti saran dusivamente nell'ambito del procedimento per ta 05/02/707/ | mato, ai sensi e po no trattati, anche r il quale la dichiara; | er gli effetti del D.Lgs. n. con strumenti informatici, zione viene resa. |
| | In fede FIRMA | lo no douter |
| allegare copia fotostatica di un documento di caso di trasmissione in via telematica, poste | • | |

o caso di trasmissione in via telematica, posta o fax



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

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

| Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) ROSABA BY WWW |
|---|
| nato/a |
| residente in via/loc./frazione_ FIUNE_10 |
| cap 60090 città VIMODADAS |
| Codice Fiscale_BLR RLB 81 E 70 I L83N (ML) |
| consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili 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 |
| - LANGET IN PROJUCTA (10 UMVOINTA DEGU STUDI ON MILANO- BILOCCIO (5.CA. 2005) - SPECIALIZZAZIONE IN POLOTEDADO COM |
| CONSEGUITA CIO STILLA DI SPECIALIZZAZIONE (PR V. PENGIOLES MILANO (NOUEMBRE 2011) |
| - ISCULUDIE AU ALBO DEGU PRICULOGI DOMA UMBORDAD |
| |
| |
| 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 A COUNCOSE/BO |

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

| da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali |
|--|
| Il/la sottoscritto/a (поте е cognome) ЕНАШЕГА D' GESÚ |
| |
| |
| Codice Fiscale: DGSHNL7763 7205A |
| 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 soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione): |
| |
| - AFOL SON METROPOUTANA: COUABORATEICE A PRATTA IVA COU L'INCARICO DI COODINATRICE |
| PARTITA IVA CON L'INCAPICO DI COODINATICICE |
| , SESTION WITH WITH |
| |
| |
| |
| - che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente. |
| Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, 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 |
| da allegare 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. 445 del 28 dicembre 2000)

Il sottoscritto DE LEONARDIS CHRISTIAN

CF: DLNCRS76B26G482E

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

DICHIARA

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

 da luglio 2017
 Centro Medico Polispecialistico HTC di Stradella (PV). Ente privato. Attività medica specialistica di collaborazione tipo libero professionale.

 da luglio 2017
 Centro Medico Polispecialistico Lodisalute (LO). Ente privato. Attività medica specialistica di collaborazione di tipo libero professionale.

 da luglio 2017
 Attività libero professionale di medico specialista ambulatoriale in Ginecologia e Ostetricia presso il Centro Clinico Minerva di Pavia.

• da gennaio 2018 Consultorio "Psicologica" di Pavia. Ente privato accreditato col SSN. Attività medica di collaborazione di tipo libero professionale. Tempo parziale (6 ore settimanali).

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

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

Pavia, il 24/08/2020

ILIDICHIAR INTE

(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) NACTUA DIANCHUSE |
| |
| |
| Codice Fiscale: <u>NNCVRC75D62F205</u> 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 OVEST MULANESE |
| ATTUTA LIBERO PROFESSIONALE M PSICOLOGO X |
| CURCA 16 ORE SETTIMANIACI |
| 7.07.2 |
| |
| - che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente. |
| Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa. |
| Data 4/4/18 |
| In fede FIRMA Volologia Herchist |
| da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel |

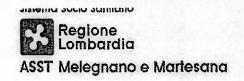
solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax

| da compilarsi a cura di consulenti/ | | 000 n. 445) professionali | |
|--|------------------|------------------------------|--------|
| Il/la sottoscritto/a (nome e cognome)_ | Diego | Camihardi | |
| Codice Fiscale: CMNDGi 69 N | 113 E 0 9 6 | <u> </u> | _ |
| consapevole della responsabilità e dichlarazioni mendaci o di formazione del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e | o uso di atti fa | lsi ai sensi e per gli e | |
| | DICHIARA | | |
| di intrattenere rapporti di collaborazi pubblici e privati (indicare denominazi collaborazione): | | | |
| | | | |
| Cooperative Sociale | "(TRAFF | EITI FEHRETA |) di |
| depondente con contra | | enti reparta | le e q |
| , | top to | · | le e 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



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

| da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali |
|---|
| Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) EMore (untelleum |
| |
| |
| |
| Codice Fiscale: CSTTTR 54 A 30 G-273 E |
| consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia, |
| DICHIARA |
| - di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione): |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| - che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente. |
| Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa. |
| Data 03-05-2019 |
| Data 03-05-2019 In fede FIRMA More fully declarate, 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 |



ASST Melegnano e Mariesana

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO 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 privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della

| collaborazione): | | | | | |
|------------------|---|-----------|----------------|----------|--------|
| CENTRI | VACCINALI | ASSI M | ELEGNAN | 10 e MAY | TEJANA |
| | diero Som. | | | | |
| * | *************************************** | - S. Jul | | . Meleg | in) |
| ZCA Bonas | MEA / | | , / | 1 | 1 |
| - 6 | / 81 | am - pode | · luliu | al bisof | 40/ |
| ZGA AMBI | COSIANA C | | | - | |

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

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

27 FEB, 2019

ocas C. Vilee

In fede FIRMA

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

DOTT. YVO CASTAGNA Ordine del Mediol (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) SILVIA CARNEVALI |
| |
| |
| CO-101117825050 |
| 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 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 sogget pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto dell collaborazione): |
| PRIOTERAPEIXA LIBERA PROFESSIONISTA PRESSO UPSIGNATRIA 034 E UNDIA POLO GERITORIA LE DI GOPGONZOLA |
| |
| 10 Lates 14 Sec. 14 |
| |
| - che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolt 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 abbi rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debit significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui si amministratore o gerente o dirigente. |
| Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento U 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatio esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa. |
| Data 27/3/19 |
| In fede FIRMA Soles Cool |
| u de la companie de l |

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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

II/la sottoscritto/a Doff. Bo RUDKIN LLADIAINZ

Codice Fiscale: BLD VD M 61 C 08 2 154 N

consapevole della responsabilità e delle consequenze civili e penali previste in caso

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

DICHIARA

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

| -DIA PAULLO- MEDICO DI SVIZI DURO, LIBERA |
|--|
| 1 Ruffishoat |
| A MELTO_ MEDICO DI SVRUMURA LIBERDO |
| -SAUDOUATO MEDICA - COUSTIFUTE MEDICO LIBEA |
| - AT NICHUD - MORE 14 CAPTED OF LIBERO INVERTION R |

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

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

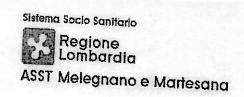
Data 02 11 No 12

In fede FIRMA

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

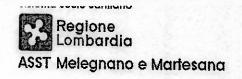
ASST MELEGNANO e della MARTESANA Mardico Distrettuale C.F. BRD VDM 61008 Z154N

Cell. 335 3127308



(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) Bouj Cossanti |
| |
| Codice Fiscale: BLS CTH SIR 20 6120 TA |
| consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia, |
| DICHIARA |
| di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione): |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| - che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente. |
| Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa. |
| Data 29/4/201) In fede FIRMA AMARIA |
| da allegare 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) CARRINA BIELL |
| |
| |
| Codice Fiscale: BUCRN694 41F3596 |
| 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 collaborazione): Ploci le Brite Porte prem l'Ospetto S. G. B. Ponsees C. Filoses. |
| |
| |
| |
| che 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 abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente. |
| Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa. |
| Data 26/2019 |
| In fede FIRMA Bied Blegices |

(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) HARISTELLA BERSON I |
| 00-10-05/650- |
| Codice Fiscale: BUSHST 8566 F865 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): P. A "Fordazione COA DI CIPOSO (CITA di Abbitte pario)" — (CITA OTIO) COLLE PROPERTO (MORSTICII DI CIPOSO) (CITA di Abbitte pario)" — (CITA OTIO) COLLE PROPERTO (MORSTICII DI CIPOSO) (CITA DI CIPOSO) — (CITA OTIO) POTIBILI: (DEL MOLLEPETTE DE CITA DI CIPOSO) (CITA DI CIPOSO) LEOS PROPERTO (MORSTICIO) (CITA DI CIPOSO) (CITA DI CIPOSO) LINTO PER COST. LETO (CIPOSO) (CITA DI CIPOSO) (CITA DI CIPOSO) CIPOSO (CITA DI CIPOSO) (CITA DI CITA DI CIPOSO) (CITA |
| - che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente. |
| Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, 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 Possour |
| 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) 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

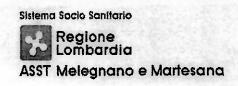
Il/ia sottoscritto/a Maria Rosa Andreani

Codice Fiscale: NDRMRS55E67F205M

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

DICHIARA

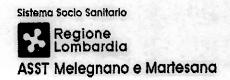
| - di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione): - CONA BORAZIO NE ISERO PROFESSIONA E - COPSOCIAIE NOVATE MILANESE TERARAMENTA DELLA NORO PSICO REOTRE CUIA |
|---|
| - che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente. |
| Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa. |
| Data 08.02.2021In fede FIRMA Wester eso Seest |



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

| da compilarsi a cura di consulenti/ | mpilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali | | | |
|---------------------------------------|---|-------|--|--|
| Ti/la sottoscritto/a (nome e cognome) | ZE MANUERA | TESTA | | |

| II/la sottoscritto/a (nome e cognome) を MANUETA TESTA |
|---|
| |
| Codice Fiscale: TST MNL 73 C 48A 859A |
| 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): ASST ที่ยนชิงคณ ในพรรคม4 บอค 33 คนอบควอด ครักษาสะเอ |
| DI TREEGNAMO |
| |
| |
| |
| che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente. |
| Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa. |
| Data 07/11/2020 |
| In fede FIRMA WOULDELL |



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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

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

DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 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.

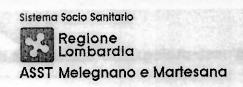
Data 07/11/2018

In fede FIRMA_

9-4/2/N

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO 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) Barbara Marchesi |
| |
| 是我们就是这种的。 第1 |
| Codice Fiscale: MRCBBR74L63B393Q |
| 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, |
| 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): |
| AUST melegious mortesana, consultura libero profes |
| sionale come psicologa psicoterapenta do voc |
| Ps-chiatna-Melo (vol 34) |
| |
| |
| - che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cuì abbia rapporti di credito/debito significativi, 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 13.11.2020 |
| In fede FIRMA BMORDEL |
| da allegare 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

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

solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax

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

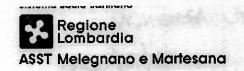
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Data 29 novembre 2020

In fede

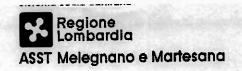
Account someway

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 ELENA ANDREAS! |
| |
| |
| Codice Fiscale: NDR LNE9 5T66 1274A |
| consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia, |
| DICHIARA |
| - di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione): |
| PAPPORTO DI COLLABORAZIONE LIBERO-PROFESSIONALE |
| |
| che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero de coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente. |
| Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa. |
| Data 18/12/2020 |
| In fede FIRMA Anores 78h |



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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

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

Codice Fiscale: GRPLSS69D49F205Z

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

DICHIARA

- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione): lavorare presso il mio studio privato
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.

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

Data 23 novembre 2020

In fede FIRMA

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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali LIVIA ELENA FUSSI II/la sottoscritto/a (nome e cognome) Codice Fiscale: FSSLLN63E52F205B consapevole della responsabilità e delle conseguenza civili e penali previste in caso di dichlarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia, DICHIARA di intrattenere rapporti 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 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. In fede FIRMA

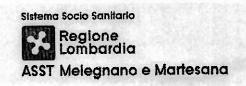
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

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

| Il/la sottoscritto/a <u>ISAREUL HOSS</u> |
|---|
| |
| Codice Fiscale: DSSSU94DS6TS77L |
| consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia, |
| DICHIARA |
| - di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione): - POLAMBLA TOLO MOSCATI - BACCINASCO - COULABORATIME MERIO PROFESSIOMERA - TENAPIRIA BELLA NEURO E PRICENDINI UTA - STURO MEMICO - SECUALISTICO INDIA DOLUTIVA - MILANO - COULABORANIO I CENTRO PROFESSIOMERA - TENAPIRIA DELLA MENO E PRICENDIMUTA - KARANA - CENTRO TENARA DELLA CIDIO E PRICENDIMUTA PROFESSIOMERA - TENAPISIA DELLA CIDIO E PRICENDIMUTA - PROFESSIOMERA - TENAPISIA |
| |
| che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente. |
| Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa. |
| Data 14/12/2000 In fede FIRMA Lello Dron |
| da allegare 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 SILVIA COLOZZI |
| |
| |
| Codice Fiscale: CL2SLV16A57F205V |
| consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia, |
| DICHIARA |
| - di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione): |
| LABORATORIO PRIVATO: SMART PATH, REFERTATIONS |
| pet |
| |
| |
| |
| |
| |
| - che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente. |
| Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa. |
| Data 07 10 2020 In fede FIRMA |
| da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità dei dichiarante, nel |
| solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax |



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

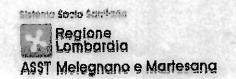
| da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali |
|---|
| II/la sottoscritto/a (nome e cognome) MARINA A ORS I |
| Tiyla soctoscrictoya (nome e cogneme) |
| Codice Fiscale: DRSMNN46M42FZ059 |
| consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia, |
| DICHIARA |
| di intrattenere rapporti 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 melephono e Montes ano- |
| Centro medies S. Lorento Creme- |
| Centro medies Camedi Creme- |
| - che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente. |
| Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, 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>22-12-2020</u> In fede FIRMA MAON |
| da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel |

solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Melegnano e Martesana

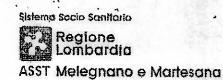
| DICHIARAZIO | ONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' (Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445) |
|---|---|
| da compilarsi a cui | ra di consulenti/collaboratori professionali |
| Il/la sottoscritto/a (n | nome e cognome) MARIA GRAZIA BAGNATO |
| | |
| Codice Fiscale 1 | 3GN MGR 81 H52 F 53 77 |
| dichiarazioni mendad | responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di ci o di formazione o uso di atti falsi al sensi e per gli effetti dell'articolo 76 pre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia, |
| | DICHIARA |
| pubblici e privati (in collaborazione): | porti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti di care denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della の (でんないがんない) (でんないがんない) (でんないがんない) (でんないがんない) (でんないがんない) (でんないがんない) (でんない) (|
| svolta nell'esclusivo del conluge o conviva abbia rapporti di frec significativi, ovvero camministratore o general sottoscritto dichial 196/2003, che i dal esclusivamente nell'a | ra Infine di essere informato, al sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. ti personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, mbito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa. |
| Data 30.05, | 20A |
| | In fede FIRMA |
| | |

| da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali |
|--|
| Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) ALESSALORO ALECLI |
| |
| |
| Codice Fiscale: NLLLSN ++ COSE 290 T |
| 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, |
| DICHIARA |
| - di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribulti con i seguenti soggetto pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione): |
| COOP. SOC. LA FONTE DI SOLIDARIETA ONCUS, VIA SILVIO PELLIGITA COLNATO DI CORNATE D'ADDA (NB) - CONSULENTA LIRERO PROFESSIONAL DIRETTORE TECNICO - |
| |
| |
| |
| |
| - che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero de coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, 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. |
| 7 6 1 1 1 7 2 |
| Data _ Z6 / 11 / 2020 // |
| Data _ C6 11 COCO In fede FIRMA _ ROBUSTANTE |



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

| da compilarsi a cur | a di consulenti/c | collaboratori profe | essionali | |
|--|---|--|--|---|
| Il/la sottoscritto/a | XX.55A | LENIX | TAS51 | 70 |
| | | | | |
| | | | | |
| Codice Fiscale: | 7755 | 5LN189A63 | €435°C | |
| consapevole della ri dichiarazioni mendaci del D.P.R. 28 dicemb | i o di formazione d | o uso di atti falsi ai | sensi e per gli | previste in caso d effetti dell'articolo 76 |
| | | DICHIARA | | |
| di intrattenere rapp pubblici e privati (in collaborazione): | orti di collaborazio dicare denominazi | one in qualunque m one del soggetto, | odo retribuiti co natura del rapp | on i seguenti soggett porto e oggetto della |
| | | | | |
| | | | - | |
| | / | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 4 | | | | |
| nell'esclusivo interes coniuge o conviventi, rapporti di frequent | se dell'Azienda st , di parenti e affini azione abituale, « li enti, associazior | tessa, senza coinv i entro il secondo g di soqqetti con ci | olgere interess rado, di person ii abbia rappo | Martesana è svolta i propri, ovvero del le con le quali abbia orti di credito/debito ti, società di cui sia |
| Il sottoscritto dichiara 2016/679, che i da esclusivamente nell'a | ti personali racco | lti saranno trattati | , anche con s | del Regolamento UE trumenti informatici, viene resa. |
| Data 25/09/ | 2020 | In fede FIRMA _ | Alle | Yess. |



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

TCHOKOTHE

POUNGOUE

II/la sottoscritto/a (nome e cognome) CLEMENCE HERMINE

| <u>da compilarsi a cura</u> | di consulenti/collaboratori professionali | |
|-----------------------------|---|--|
|-----------------------------|---|--|

| CodiceFiscale: TCHCMN 86 B50 73060 |
|--|
| 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 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 de coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbli rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debita significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società i di cui si 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 ASST MELEGNANO E DELLA MARCES DE LA MARC |
| In fede FIRMA Doft se telemence tele |
| da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, ne |

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/collabo | TIDIC 2000 II. 2 | |
|--|--|--|
| | ratori profess OURUP | |
| | | |
| | | |
| DA n.s. s. c. | | |
| Codice Fiscale MNLL95 57 MC | 2 A522 | H |
| consapevole della responsabilità e delle cor dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulti | nseguenze civi atti falsi ai ser eriori norme in | ili e penali previste in caso di nsi e per gli effetti dell'articolo 76 materia, |
| DICH | IARA | |
| di intrattenere rapporti di collaborazione in que pubblici e privati (indicare denominazione del collaborazione): | alunque modo soggetto, natu | retribuiti con i seguenti soggetti ra del rapporto e oggetto della |
| Policinico S. Donato Cerro S. Mentro BLUE SYE | | |
| BLUE SYE MULTI MEDICA | | |
| | | |
| | V 1155 | 38-64 |
| | | |
| | | |
| che l'attività professionale presso dell'Azienda ell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, se pniuge o conviventi, di parenti e affini entro il apporti di frequentazione abituale, di sogget gnificativi, ovvero di enti, associazioni anche anministratore o gerente o dirigente. | secondo grado | di persone con le quali abbia |
| sottoscritto dichiara infine di essere inform 16/2003, che i dati personali raccolti sarann clusivamente nell'ambito del procedimento per | ato, ai sensi o trattati, and il quale la dichi | e per gli effetti del D.Lgs. n. che con strumenti informatici, larazione viene resa. |
| ita 23.04.18 | | 1 1 |
| | In fede FIRMA | Sterrely |

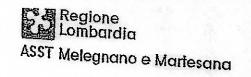
| da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali |
|---|
| II/la sottoscritto/a (nome e cognome) SAVERIO ? B いにんい |
| Codice Fiscale: 2LLSVR50A09H224R |
| consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia, |
| DICHIARA |
| - di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione): CDI MICANO per um max n.ore 25 |
| |
| |
| |
| |
| - che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente. |
| Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa. |
| |
| da allegaro entir su un la fede FIRMA |
| da allegare copia fotostatica di un documento di identità in cokso 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 pro | <u>fessionali</u> |
|--|-------------------|
| Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) \ \dentina | 2 am 03011000 |

| Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) Valentina Zampaglione |
|---|
| |
| Codice Fiscale: 24PVNT 9554492864 |
| consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia, |
| DICHIARA |
| - di intrattenere rapporti 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 (ibero - professionale) - Contratto di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti |
| |
| daigus (Les (a.abandus (b.e.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 28/02/2019 |
| In fede FIRMA Valouting Company |
| 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 colt |
| Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) STEFAWO VALLASCIAWI |
| Codice Fiscale VLL S FW 63 M 0 6 F 2 0 G W |
| Consanavolo della |
| consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia, |
| DICHIARA |
| di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della Mio Studio Privato : Studio Destictico della Destina STRIAMO VIA CARDUCCI 19/B PESCHIRMA |
| |
| |
| |
| che l'attività professionale presso dell'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta l'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 porti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito nificativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia ministratore o gerente o dirigente. Sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. /2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, usivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa. |



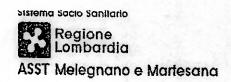
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

| da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali |
|---|
| II/la sottoscritto/a PATRIZIA SACCENTE |
| |
| |
| |
| Codice Fiscale: SCCPR-290BULE-801 |
| consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia, |
| DICHIARA |
| - di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della |
| collaborazione): - FONSUFO FARE FAMIGUA, TNPEE, BINASCO (M) |
| - EDNATO FARE FAMIGNA, TNREE, BINASCO (MI) - STUDIO PRIVATO NIGEVANO (PV), TNREE |
| |
| |
| |
| |
| |
| - che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente. |
| Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa. |
| Data 2/1/2021 |
| In fede FIRMA Porisio Jacke |
| |

(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) 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 SID" W COLAS CUITAS OF CICLOS : CTAVING CICLOS | | |
| HEDICA CENTER WELECHAND E HOUBLETO: Nº COE 5 | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| - che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente. | | |
| Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa. | | |
| Data 2:03. 2019 | | |
| In fede FIRMA | | |
| da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, ne | | |

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 LCJ76HU1 1102A | | |
| consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia, | | |
| DICHIARA | | |
| di Intrattenere rapporti 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 96/03/19 | | |
| In fede FIRMA LUE Novely | | |
| da allegare copia fotostatica 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) RAFFAELA RAIPONDI |
| Codice Fiscale: RMN RFL 73 DUS 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 ultoriori perma in previste in caso di del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ultoriori perma in perma in perma di perma |
| materia, |
| DICHIARA |
| - di Intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione): ***REPLATIONA PON CARLO GNOCCHI ONI US ***FONDA ZIONIG DON CARLO GNOCCHI ONI US ***CASTELLO - CENTRO S. H. AL CASTICLO ***CONSULENZA PSICOTENAPEUTICA SVOLTA IN REGINE- ***LIPERO PROFESSI ONALE IN ARBUCATORIO PSICOPATORIO ***IPSI ISTITUTO PSICOGGICO ITALIANO -STUDIO PRIL PLAZZA CALAZZO ZIELENDO - ARTULTA DI PSICOTENA IN FAUDRE DI ADULTI BARBICI E AROCES CENTI. 1A) REGIRE LIBERO PROFESSIONALE ILAI PORTO DI - Che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente. |
| Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa. |
| Data 8/5 / Zous |
| In fede FIRMA Follow Pourum |
| da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax |
| en à to oriendale. Colbella Financie |
| oriendale. Colbella Fill Charles |

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

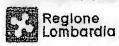
da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) Porta Alessandra

CodiceFiscale; PRTLSN75A50C523T

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

| DICHIARA |
|---|
| di intrattenere rapporti 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 TÀ PLEUMO VIÀ SIEDEL |
| ITBRIANI 31 COME MEDICO PRECENTATORE IN LIBER |
| Professione |
| - MEDEAR di COMMUSO SIX NAVIGLIA BIRETTARE SANITARIO |
| PROFESSIONE DE HEMICHA ESTETICA IN LIBERA |
| |
| - che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente. |
| Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa. |
| Data 08/07/18 |
| In fede FIRMA |
| da allegare copia fotostatica di un documento di identità in sorso 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'

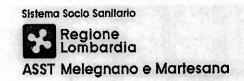
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

MICOLA

PASCULLI

| Codice Fiscale PSCNCL 81 A 384926 k |
|---|
| 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 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 soggetto pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione): |
| - OPEDALE JOY RAPPARLE: CONTRATO A TEMPO INDETERMINATO |
| ATAPAINO A - ADJUSTED ALUNTIELA : GUALIATI CALACA - A CHIATATA |
| - FURDA ASSITTACE - TRATESTANT - YOUR ARIA - GCHLARATA |
| |
| - 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 frequentazione abltuale, 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 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 5/5/19/19 In fede FIRMA |
| In rede FIKMA |
| |



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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

| Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) | Simona Olivieri |
|---------------------------------------|-----------------|
| Codice Fiscale: | |

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

DICHIARA

- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
- 1. LIGHEA EOS IMPRESA SOCIALE S.R.L. | libero professionale | conduzione laboratori di arte terapia
- 2. U.O. Sviluppo Organizzativo, Professionale e Formazione AUSL Bologna | libero professionale | docenza durante V Festival Outsider art / arte Irregolare "Artemente"
- 3. SINERESI SOCIETA' COOP SOC | libero professionale | docenza di storia dell'arte c/o Scuola di artiterapie
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.

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

Data 7/12/2020

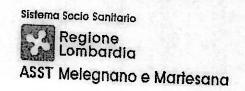
In fede FIRMA

Reals Pav

ASST Melegnano e Martesana

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

| il/ <u>la</u> sottoscritto/ <u>a</u> | VALENTINA ONETA |
|---|---|
| . Codice Fiscale: | NTOVNT86A61M102D |
| lichiarazioni mendaci | esponsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 re 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia, |
| | DICHIARA |
| pubblici e privati (inc | orti di collaborazione in qualunque modo retribulti con i seguenti soggetti dicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della |
| RAPPORTO DI | TUNICI SCIENTIFICI MANGERI SCCIETA' PER |
| ATIONI CACIETY | SOUTELT: |
| - 2 ACCESSI & | OA 8 ORE / SETTIMANA PICTO LO JEDE DI LISSOIVE; OA L ORE / SETTIMANA PICTO LO SEDE DI MILANO CA LA RODA HOLE: NELLOPPILO VOGIA - PSICOVO GIA della SAI |
| - AO | A A A A A A A A A A A A A A A A A A |
| CON AUSA WI | JUA ADOLI SHOULANDOLLA - ANARABM |
| ATASSICHE | LABORA FLONE: GRUPP, OF SUPPORTO PER PASIENT E PAM |
| - che l'attività profe nell'esclusivo interes coniuge o conviventi, rapporti di frequent significativi, ovvero c amministratore o gero | essionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta se dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia razione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia ente o dirigente. |
| | a infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE ti personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, imbito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa. |
| Data | 2020 |
| | In fede FIRMA fleuduolista |
| | ostatica di un documento di identità in corso di validità dei dichiarante, nel |

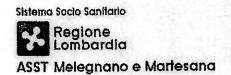


| es compnaisi a cura di consulenti/collaboratori professionali |
|--|
| Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) PARIACLETA NICOTRA |
| |
| |
| Codice Fiscale: NCTHLS82C 43F 839 2 |
| consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso d lichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 70 lel D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia, |
| DICHIARA |
| di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti ubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della |
| COOP LA STRADA: AS C/O CENTRO TIARRA (4 1/2 SETTRANIACI) |
| ASSOCIAZIONE CILL ACULIONI: AS C/O CONSCITORIO FAHILLARE (5 h SE |
| BOOK. COHIN: AS C/O ATTINO PROTESTIONALE (20 N HERE) |
| |
| |
| che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta ell'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 abporti 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 ministratore o gerente o dirigente. |
| 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. |
| sta 15/04/2019 |
| In fede FIRMA BOOKS UCORS |
| allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel o caso di trasmissione in via telematica, posta o fax |

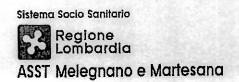
ASST Melegnano e Martesana

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

| do assurations |
|--|
| da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali |
| Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) Chi Do Avo Hound |
| |
| Codice Fiscale: MYCST6 (DZ6 F86 TX |
| consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 dello D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia, |
| DICHIARA |
| di intrattenere rapporti di coliaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione): |
| ettobe there preferonde et proterops |
| - considera e superviso ve coop €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 abilitare, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente e dirigente. |
| Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, 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, 2019 |
| Data Of OG 2016 In fede FIRMA |
| da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax |

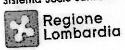


| da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali |
|--|
| Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) FMN 6852 HARASCI |
| Codice Fiscale: MRSFNC52A06F517M |
| consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia, |
| DICHIARA |
| di intrattenere rapporti 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 |
| Data 2-5-19 In fede FIRMA — fleece |
| da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, ne |



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

| da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali |
|---|
| Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) SARA TORGEIL |
| Codice Fiscale: TRBSRA91L48M102T |
| 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, |
| DICHIARA |
| - di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione): Mencal (entre Loo) - Lipera Professione |
| FONDAZIONO RETINA 3000 - IMAGINO MA GNOSTICO NEILE MA LATTIE |
| enta SPA - Nextuision STEPUP: PROSECTO DI FORMA ONE SU COMPO PER LA VALIDAZIONE DEI DATI E DEL PROCESSO NEXTUSION PROSECTO AMMUALE (2019) |
| |
| - che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero de coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente. |
| Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa. |
| Data 03/12/19 In fede FIRMA Sountabolly |



ASST Melegnano e Martesana

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

| <u>da compilarsi a cura di consule</u> | <u>nti/collaboratori professionali</u> |
|--|--|
| ua compilarer | |

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

Codice Fiscale: BUL SNT 54A24 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 so pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto | ggetti della |
|---|-----------------|
| pubblici e privati (indicare denominazione dei suggetto, de collaborazione): C.B. MANGIONI HOSPITAL STR LECCO in qualita | نيل _ |
| Medico Specoliste in Amesteria Rianimazione a | 04 |
| reforto libero professionale | |
| (0)1830 | |
| | |
| | svolta |

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

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

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

Codice Fiscale: PDRSVP75H50F205V

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

DICHIARA

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

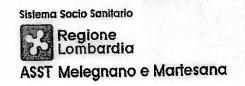
ISTITUTI CLINIZI ZUCCHI CERBA HEALTHCARE

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

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

Data 23/11/2020

In fede FIRMA



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

<u>da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali</u>

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

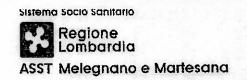
Ministero della Giustizia- Ufficio Esecuzione Penale Esterna – Attività libero Professionale presa in carico di persone con procedimenti penali, ristretti o in misura alternativa al carcere

- 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.

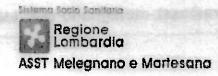
Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Data, 21 ottobre 2019

In fede FIRMA



| da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali |
|--|
| Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) MASSIRS FERRARI |
| |
| |
| |
| Codice Fiscale FRRASA74R34I690I |
| consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia, |
| DICHIARA |
| di intrattenere rapporti 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 MEMO COMPETEN ISTITUTI PENITENZIARI DE LLA PROVINCIA DI PAVIA (11 11 (CHA CIRCONDARIALE DI PAVIA, CAM CIRCONDARIALE DI VOCHERA, CASA DI CECLUSIONE DI VIGENANO) |
| ENDAZIONE STATA CHIARA CENTRA MULTISERVILI PER LA POPULATIONE ANZIANA ONLUI (CONSULTANZA IN QUALITA DI TESTIC COMPETENZA) |
| CASE M CURA SANT'ANDMIND E PRIVARA PLACENZA (" |
| |
| - 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 22.7.2519 In fede FIRMA ## |
| da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità dei dichiarante, ne solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax |

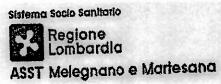


| da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) ANTONIO VARRELLA | | | | | |
| Codice Fiscale: VRRNTN h9H09A783 I+ | | | | | |
| consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso 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): AZIENDA ASST Multiporto e Martino della collaborazione della collaborazione): AZIENDA ASST Multiporto e Martino della collaborazione della collaborazione): AZIENDA ASST Multiporto e Martino della collaborazione 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 abltuale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente. | | | | | |
| Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa. | | | | | |
| Data 30-X-20 In fede FIRMA Months | | | | | |
| da allegare 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 CHIARA RANDAZZO |
| II/la sottoscritto/a |
| |
| |
| 0.110 ng/91 = 20511 |
| Codice Fiscale: RNDCHR79171F205U |
| 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 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia, |
| DICHIARA |
| |
| di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti sogg pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto d collaborazione): |
| STUDIO PRIVATA |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| - che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è sv nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali al rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/de significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui amministratore o gerente o dirigente. |
| Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informa esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa. |
| Data 10/9/2020 In fede FIRMA Chien Row Colve |
| In fede FIRMA |
| da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante |
| ua anegare copia rotostation or an avadimente at the |

solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax



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

| | (Art. 4/ U.P.R. 2 | collaboratori professionali |
|--|---|--|
| <u>la compilarsi a cur</u> | a di consulentiza | H |
| /la sottoscritto/a | PERILLO | VIIRCO |
| | | |
| | 0 10 | 263D23F2057 |
| Codice Fiscale: | PRETITE | (6)00; 223 |
| consapevole della | responsabilità e d | delle conseguenze civili e penali previste in caso di o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 delle ulteriori norme in materia, |
| | | DICHIARA |
| pubblici e privati (I | nojcare dellominoz | ione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti zione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della |
| CONADO AZIONO). | | P PAGETERALIE |
| eours | 10 30 LE L. | Y YEAR OF CITY |
| N1100 | 2 851 | VALIPACIAE SAMBAIS SS |
| | | |
| POL11 | 75 MAL | 0778 |
| | | |
| | | |
| rapporti di freque significativi, ovver | esse uen Azierio iti, di parenti e affi ntazione abituale, o di enti, associazi erente o dirigente. | l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolt stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero de fini entro il secondo grado, di persone con le quali abbi , di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debit ioni anche non riconosciute, comitati, società di cui si |
| 2016/679, che i esclusivamente nel | l'ambito del procec | re informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento U colti saranno trattati, anche con strumenti informatio dimento per il quale la dichlarazione viene resa. |
| Data 26/08 | 12720 | |
| | | In fede FIRMA |
| | | ocumento di identità in corso di validità del dichiarante, n natica, posta o fax |
| | | aminormore and the contract of |

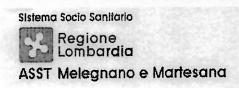
solo caso di trasmissione in via telematica, posta o

Regione Lombaidia ASST Melegnano e Martesana

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORI

(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) ROB FRTO PANNI |
| |
| Codice Fiscale + WW RRT 97 = 18 = 671 W consapevole della responsabilità |
| consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia, |
| DICHIARA |
| - di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della |
| MONCAL UNE CONSULTING (ROYA) |
| PSMACOOP (SONOSOLOUS) |
| NOVA MOBICA CHOLOGINAL |
| GUARDONS LIBERO PROPESSION, |
| - 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.L.gs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'arribito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa. Data Data |
| In fede FIRMA/1900000 / WUK |



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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

Il sottoscritto Alexis Paulinich

Codice Fiscale: PLNLXS80D21D150V

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

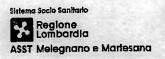
DICHIARA

- di svolgere attività libero professionale retribuita presso il mio studio privato di Psicoterapia, sito in Cremona in via degli Argini n.1
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.

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

Data 01/12/2020

In fede FIRMA Alfaul



(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)ILARIA VARISCO | |
| Codice Fiscate:VRSLRI74H51C523D | |
| consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi al sensi e per gli effetti dell'articolo del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia, | d 76 |

DICHIARA

- di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione);
- -Attività libero professionale presso studio privato
- -ASST Vimercate Consultorio Familiare di Carate Brianza (MB) incarico libero professionale in qualità di Psicologa, Psicoterapeuta, Progetto Regionale Adolescenti e Famiglia
- -Fondazione Don Silvano Caccia, Consultorio Familiare di Merate, (rapporto in risoluzione) incarico libero professionale in qualità di Psicologa Psicoterapeuta
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.

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

Data 1/12/2020

In fede FIRMA

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

温. 据证证证

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) VERONICA TRESOLO

| Codice Fiscale: TRSVNC8GDG5F119E |
|--|
| consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia, |
| DICHIARA |
| - di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione): AD 0661: |
| THE STANDIA COCIAIS ASSIS COLLABORATIONE USERO PROFESSIONAL |
| THE COURT OF A SOCIAL CONTROL OF THE |
| · UNIVERSITÀ TELEMATICA ECAMPOS, COLLABORATIONE CALASTONIA |
| ATTIVITÀ PRIVATA (STUDIO-FORMAMONE-) |
| |
| |
| |
| |
| - che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente. |
| Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa. |
| Data 30/20/2020 In fede FIRMA Jeconoglio an |
| nol dishipranto 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 |

Regione Lombardia ASST Melegnano e Martesana

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

| <u>orofessionali</u> | |
|----------------------|----------------------------|
| SALVATORE | |
| | orofessionali SALVATORE |

Codice Fiscale_JWTNY87 L69 C632W

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

DICHIARA

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

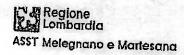
| r Coticum | VICE S | IN DONAT | A9.7, 6 | 1RCC5 | con fe | de | |
|-----------|-----------|-----------|------------|---------|--------|----------|-----------|
| legal | la in | Jan Donas | is Milanel | e (1a) | . Via | it-randi | い 多つ こ |
| Dara | व्यापा | alla | 13 STEPE | utivale | | | |
| he pro | Projeti o | milio - | Redica | T hell | a (ar | dialogia | <u> </u> |
| Offica | Dieres | | | | | Ч | |

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

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

Data 23/6/2

In fede FIRMA lany dalla 10



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

| 11/18 Softoscritto/ | cura di consulenti/collaboratori professionali |
|--|---|
| y a verted of ittly | 'a (nome e cognome) MATTEO CASENCHI |
| | |
| Codice Fiscale | CSNMTT 88 D 254 5013 |
| consapevole della dichiarazioni meno del D.P.R. 28 dice | a responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso daci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo mbre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia, |
| | DICHIARA |
| di intrattenere ra | pporti di collaborazione in sunt |
| ubblici e privati (pliaborazione): | pporti di collaborazione in qualunque modo retribulti con i seguenti sogget (indicare denominazione dei soggetto, natura dei rapporto e oggetto dei |
| - IRCCS DO | |
| CARDIOLOG | LICLIAICO SAN DONATO, ATTIVITA' LIBERO PILIFESSII |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| ne l'attività esse | |
| orti di france | ssionale presso dell'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta se dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del azione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito ente o dirigente. |
| porti di frequent ificativi, ovvero c ninistratore o gere ettoscritto dichiar (2003), che i det | di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia di entine di essere informato, ai sensi e per di effetti di cui sia di cui sia di cui essere informato, ai sensi e per di effetti di cui sia |
| porti di frequent ificativi, ovvero co ninistratore o gere ottoscritto dichiar 2003, che i dat isivamente nell'ar | razione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito ente o dirigente. Tra infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. mbito del procedimento per il quale la dichiarazione ultera. |
| porti di frequent ificativi, ovvero c ninistratore o gere ottoscritto dichiar 2003, che i dat isivamente nell'ar | di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia razione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito ente, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia ente o dirigente. Ta infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. in personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, mbito dei procedimento per il quale la dichiarazione viene resa. |
| porti di frequent ificativi, ovvero c ninistratore o gere ottoscritto dichiar 2003, che i dat isivamente nell'ar | di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia razione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito ente o dirigente. Ta infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. in personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, mbito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa. |
| porti di frequent ificativi, ovvero c ninistratore o gere ottoscritto dichiar (2003, che i dat isivamente nell'ar | di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia razione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito ente, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia ente o dirigente. Ta infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. in personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, mbito dei procedimento per il quale la dichiarazione viene resa. |

AUTORI 220 PUBBLI CAZIONE MITE LA

1 11 110 1 demilion ties A file bette meeset finde comme

DECEMBER SOME SOMETHINA DE ATTO DE ROTORIETA!

(Ad. 47 for R. 20 of Colors State to 405)

do computard a cura de co the interconabolator professionali

11 To decouple for man compressed Pertino converse LAFRACELLA

LIN PAR 90119 A667 X

consequences delle responsabilità e delle consequence civil e permit previete us core di definancioni avendorra di formazione a uso di alli fabit ai censi e per gli effetti dell'articolo 76 ा । । भारता university के स्थाप के स्थ

DICHIARA

de intratteners rapporti di collaborazione in qualunque modo tutribuiti con i seguenti soggetti pubblica o por ali (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della

| · luces pouce | | N DONATO | CON |
|---------------|--------|--|-----|
| COWVIN ATTO | Linens | PROFESSION | ms |
| | wat - | | |
| | | | |
| | | Andrew Company of the | |
| | | * ************************************* | |

- 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 confuge o conviventi, di parenti e afilni entro il secondo grado, di persone con le quali abbie rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciule, comitati, società di cui sia

il sottoscritto dichinia infine di essere informato, al sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. 196/2003, che i deti personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informalici, eschisivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Dala 19-06-20

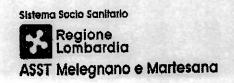
In fede FIRMA

Lombardia ASST Melegnano e Martesana

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

| <u>da c</u> | <u>compilarsi a</u> | cura di consulent | i/collaboratori pe | ofossia12 | |
|------------------------------|--|--|---|---|--|
| 11/1/8 | sottoscritto/ | (nome e cognome |)_AUTONIO | Popero | RBBLO |
| | | | | | |
| | | 0.0 | | | |
| | | PPLNTN89 | | | |
| consi dichii del D | apevole della arazioni men J.P.R. 28 dice | a responsabilità e daci o di formazion mbre 2000, n. 445 | delle conseguenzo e o uso di atti falsi e delle ulteriori nor | e civili e penal al sensi e per gl me in materia, | i previste in caso di i effetti dell'articolo 76 |
| | | | DICHIARA | | |
| | | apporti di collabora: (indicare denomina o Di I livel Livuco San Malan 2 | | | con i seguenti soggetti porto e oggetto della con incompanio della contra con incompanio della contra con incompanio della contra contr |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| apport | i di frague | a baseitti e attil | il entro il secondo | orado di - | a Martesana è svolta I propri, ovvero del le con le quali abbla le di credito/debito ci, società di cui sia |
| l sotto 196/20 sclusiv | oscritto dichi: 03, che i di vamente nell' | ara infine di esser ati personali racco ambito del procedir | e informato, al s | sensi e ner ali | Offold 4 |
|)ata | U.06. | tolo | In fede F | (1) | En Roma M |
| | | | | | - Jun 1 or |



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

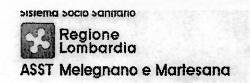
| da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali |
|--|
| Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) CERIANI ENRICO |
| |
| |
| |
| Codice Fiscale CRN NRC 51E14 C933B |
| consapevole della responsabilità e delle conseguenze civill e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia, |
| DICHIARA |
| - di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione): |
| do Fisio 432 Por GARIBALDI 10 Relegueus 20017 (DI) |
| do Fisio 432 Por GARIBALDI 10 Relegueus 20017 (BI) |
| Peschiere Bour. (|
| GORSA "CASA per CONIDO" Une Dei Cinquerento 18 - Pilano |
| 40 ICSA PAR PAR (DINING) THE BEAR CHARGETERISTS - WITHOUT |
| |
| - che l'attività professionale presso dell'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente. |
| Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa. |
| Data 03/08/202 |
| In fede FIRMA UTUL. |
| |
| |

| 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 sollaborazione): ASST VIMINATIONI PERSONA AGST MILAMI PERSONA Che l'attività professionale presso dell'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è su niuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali a nificativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosclute, comitati, società di cui sottoscritto dichiara infine di essere Informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 5/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informa di usivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa. In fede FIRMA | narsı a cura di consulenti/collabor | atori professionali | |
|--|---|---|---|
| consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in cidichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'artici del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia, 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): ASST V.M.M.CATE L.P.P.D. ASST Melegnano e della Martesana è svalici professionale presso dell'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svalici professionale presso dell'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svalici professionale presso dell'Azienda assaza, senza coinvolgere interessi propri, ovvero di giudi premiti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali a nificativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui ministratore o gerente o dirigente. sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. Soziona, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informa di susivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa. In fede FIRMA | scritto/a (nome e cognome) | -0161 CUARLO | RUDICE |
| consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in ci dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'artici del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia, 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 ollaborazione): ASST VIMINATIONI DIPENSIONI ASST Melegnano e della Martesana è svaluge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali a inficativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosclute, comitati, società di cui ministratore o gerente o dirigente. Sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.I.gs. Sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.I.gs. biusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa. In fede FIRMA | | | |
| consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in ci dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'artici del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia, DICHIARA di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti so pubblici e privati (indicare denominazione dei soggetto, natura del rapporto e oggetto collaborazione): ASST VIMINATIONI DIRECTORIO DI PRESSIONI DI PRESIDI DI PRESSIONI DI PRESIONI DI PRESSIONI DI PRESSIONI DI PRESSIONI DI PRESSIONI DI PRESIONI DI PRESSIONI DI PRESSIONI DI PRESSIONI DI PRESSIONI DI PRESIONI DI PRESSIONI DI P | A A A A A | | |
| 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 ollaborazione): ASST VIM TACATE AGST MILAMO PERSONA Che l'attività professionale presso dell'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è su niuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali a nificativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosclute, comitati, società di cui sottoscritto dichiara infine di essere Informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. (5/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informa insistramente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa. In fede FIRMA | caleRICLCR 50 | D24 F2 | 05 2 |
| 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): **SST VIMINATIONE** **Che l'attività professionale presso dell'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è su ll'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero poporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/de infificativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui infiscativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. (5/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informa di di ci sensi e per gli effetti del D.Lgs. (2003), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informa di di ci sensi e per gli effetti del D.Lgs. (2003), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informa di di ci sensi e per gli effetti del D.Lgs. (2003), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informa di ci sensi e per gli effetti del D.Lgs. (2003), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informa di ci sensi e per gli effetti del D.Lgs. (2003), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informa di ci sensi e per gli effetti del D.Lgs. (2003), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informa di ci essere la fine del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa. | le della responsabilità e delle cons ni mendaci o di formazione o uso di a 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulter | eguenze civili e penali tti falsi ai sensi e per gli iori norme in materia, | previste in caso c effetti dell'articolo 70 |
| ASST VIM LOUTE LOUPE LOU | | | |
| che l'attività professionale presso dell'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è su l'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero prorti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/de inificativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui inificativi dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. (5/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informa di si sun procedimento per il quale la dichiarazione viene resa. | nere rapporti di collaborazione in qua privati (indicare denominazione del so ne): | iunque modo retribuiti co oggetto, natura del rapp | on i seguenti soggetti Porto e oggetto della |
| oporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/de nificativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. di si dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informa di si del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa. | ASST VIMERCAT | 10) - (LiBER | 16 |
| oporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/de nificativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. diusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa. | AVICE OF 120 | INO SPO | FOSSURVIST |
| poporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/de inificativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. clusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa. | | | |
| In fede FIRMA | | | |
| poporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/de inificativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. clusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa. | | | |
| oporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/de inificativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui iministratore o gerente o dirigente. Sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. diusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa. In fede FIRMA | à Drofessionale | | |
| In fede FIRMA | requentazione abituale, di soggetti ovvero di enti, associazioni anche no re o gerente o dirigente. | condo grado, di persono | propri, ovvero del |
| In fede FIRMAL JULI | e i dati porcenti | o, ai sensi e per gli efi trattati, anche con stru | fetti del D.Lgs. n. Imenti informatici, |
| Total Constitution of the | 9690 | puale la dichiarazione vier | ne resa. |
| | În | fede FIRMA | Salie |
| allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, caso di trasmissione in via telematica, posta o fax | pia fotostatica di un documento di ider | itità in corso di validità d | al dichia |

Regione Lombardia ASST Melegnano e Martesana

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

| ua compuarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali |
|---|
| Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) SARA MARTINOU |
| Codice Fiscale MRTSRA 74 D 55 G 388 F consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili 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 |
| del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia, |
| DICHIARA |
| - di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione): 1) ISTITUTI CLI NICI SCIENTIFICI MAUBERI (Papp. Li buto profemionale CASA CIRCONDARIALE DI PAVIA - HINIST. DI GIUSTITIA (NOR. Libuto profemionale CASA CIRCONDARIALE DI VIGEVANO-MINIST. DI GIUSTITIA (NOR. Libuto profemionale CASA CIRCONDARIALE DI VIGEVANO-MINIST. DI GIUSTITIA (NOR. Libuto profemionale CASA CIRCONDARIALE DI VOGHERA- MINIST. DI GIUSTITIA (NOR. Libuto profemionale |
| |
| - 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 Sanglahna |
| |
| da allegare 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) MARCO CIAMMELLA

CodiceFiscale: CMMMRC60S25H501P

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

DICHIARA

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

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

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).

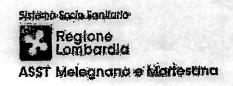
- che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione 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: 27/07/2020

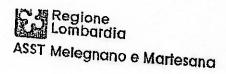
In fede FIRMA



| da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali |
|---|
| Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) Mois & MARIAK, |
| |
| |
| Codice Fiscale: MSO MRN #6 C Q3 # 129 H. |
| consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi al 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 soggeti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto dell collaborazione): |
| NON intrattengo ropporti di collaborazione con |
| NON intrattengo ropporti di collaborazione con altre sogetti pubblici appure privati. |
| |
| |
| |
| che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero de coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente. |
| Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti dei Regolamento Ut 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 11/08/2020 |
| In fede FIRMA |
| da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità dei dichiarante, ne 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) |
| |
| |
| Codice Fiscale: NGH INF 90 R 65 F 205 E |
| consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia, |
| DICHIARA |
| - di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione): |
| . "RIABILITATORI ASSOCIATI SRL", PROBETTI E REPUITI DI RIABILITATRICA PESCOSOCIALE COMOBORATIONE UBERO-PROPERTICA. "SAPTIO HANTINS ONLYS", COLLORORATIONE OCCATIONISME, RONDIEM |
| UARCHARODI TEATRALI |
| |
| |
| |
| - che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente. |
| Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, 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 7070 |
| In fede FIRMA Dun Mague |
| da allegare conia fotostatica di un documento di identità in como di calidirà del diale con |



| (Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445) |
|--|
| da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali |
| Il/la sottoscritto (a. (|
| Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) |
| |
| Codice Fiscale NLTICL TO REPERZIE |
| consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia, |
| DICHIARA |
| di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione): |
| con parce di commerciano u 0:0:0:0 |
| con tecce ab Exellecto in prime hatering |
| |
| |
| - 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 i c. |
| procedimento per il quale la dichiarazione vieno recomatici, |
| Data |

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

In fede FIRMA

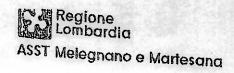


ASST Melegnano e Martesana

solo caso di traomissione in via telematica, posta o fax

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

| da compile | dicentific 2000 n. 445) |
|--|--|
| da compilarsi a cura di consulenti/col | llaboratori professiona k |
| Il/la sottoscritto/a (nome a come | Professionali |
| Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) | FLEW CIUSON |
| | (32.20) |
| the second of th | 3-3 |
| | |
| | |
| Codice Fiscale C92UNE93RG | |
| Concennual | 4D/14-2G |
| dichiarazioni inendaci o di fammini c delle | conseguenzo civili e penali previste in caso di o di atti falsi ai sensi e per gli effotti dell'o di |
| del D.P.R. 28 dicembre 2000 p. 445 - 14 | conseguenzo civili e penali previste in caso di o di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 ulteriori norme in materia |
| del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle | e ulteriori norme in materia, |
| | CHIARA |
| | |
| pubblici o privati di collaborazione i | n qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti dei soggetto, natura del rapporto o control |
| collaborazione): | dei songerro, nature dei soni seguenti soggetti |
| | ispporto e oggetto della |
| PROGRED ONE MARCH THE CONTROL SELECTION CONTROL SOLVERS | |
| - Intogne Se | - Smoot care from |
| Cotruito Coloro ecolorina | |
| aparticologio fadiblico Co | o + a co o posse taus co fearso como o o posses o objecto o o posses como o o o o o o o o o o o o o o o o o |
| | and to fare |
| | |
| | |
| | |
| | |
| rell'artività professionale presso dell'Azio | nda ASST Melegnano e della Martesana è svolta |
| Conjuga a si interesse dell'Azienda stessa. | senza scienata de della Martesana è svolta |
| abnorti di fancia. | il secondo amada il piùpii, Ovvero del |
| significativi, ovvero di anti | getti con cui abbia capparti il abbia |
| imministratore o gerente o dirigente | getti con cui abbia rapporti di credito/debito ne non riconosciute, comitati, società di cui sia |
| Cottoneits | i someta di cili gia |
| 96/2003 chara infine di essere info | ormato, al sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. |
| sclusivamente nella personali raccolli sara | anno trattati anche gli effetti del D.Lgs. n. |
| sclusivamente nell'ambito del procedimento p | ormato, al schal e per gli effetti del D.Lgs. n. anno trattati, anche con strumenti informatici, per il quale la dichiarazione viene |
| lata Alandia | dicinarazione viene resa. |
| ata_10412020 | |
| | |
| | |
| | In fede FIRMA |
| | In fede FIRMA |
| allegare copia fotostatica di | |
| a allegare copia fotostatica di un decumento d do caso di trasmissione in via telematica, post | |



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

| da compilarsi a cura di consulenti/co | llaboratori prote | ~~: · |
|---|--|--|
| Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) | FRANCO | TELESE, |
| Codice Fiscale_ TLS FNCG7C | | |
| consapevole della responsabilità e delle dichiarazioni mendaci o di formazione o us del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e dell | e conseguenze civ so di atti falsi ai se le ulteriori norme i | vili e penali proviste in caso o ensi e per gli effetti dell'articolo 7 n materia, |
| D | ICHIARA | |
| - di intrattenere rapporti di collaborazione pubblici e privati (indicare denominazione collaborazione): 人人のアント し しいし ないすり | | . Appoint a addesso solli |
| che l'attività professionale presso dell'Azio ell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, pringe o conviventi, di parenti e affini entrepporti di frequentazione abituale, di so gnificativi, ovvero di enti, associazioni and mministratore o gerente o dirigente. sottoscritto dichiara infine di essere infine/2003, che i dati personali raccolti sar clusivamente nell'ambito del procedimento ta 2.46/203 | enda ASST Melegn, senza coinvolge o il secondo grado ggetti con cui alche non riconosciu | e per gli effetti del D.l.gs. n. che con strumenti informatici, iarazione 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) Lorenzo QUA luo Codice Fiscale: QRR LNZ 75016F205 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): CENTO OIAPNOZA (TACIANO - che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, 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. In fede FIRMA

| <u>da compilarsi a cı</u> | ura di consulenti/ | <u>collaboratori</u> | professionali | |
|---|---|--|--|--|
| Il/ia sottoscritto/a (| (nome e cognome)_ | MARTINA | BAIARDO R | EMELLI |
| | | | | |
| | | | | |
| Codice Fiscale: | erdhty 84 s | 5511829 | <u>C</u> | |
| dichiarazioni menda | | o uso di atti fa | alsi al sensi e pe | enali previste in caso er gli effetti dell'articolo a, |
| | | DICHIAR | A | |
| pubblici e privati (i collaborazione): | indicare denominaz | ione del sogg | etto, natura del | uiti con i seguenti sogge rapporto e oggetto de SICO SPECIACISTA |
| | 901A OTTE | | | |
| | | | | |
| | | COUNTY STATE OF | EEE CHECK | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| nell'esclusivo intere coniuge o convivent rapporti di frequer | esse dell'Azienda si ti, di parenti e affin ntazione abituale, di enti, associazio | tessa, senza i entro il seco di soggetti c | coinvolgere inte indo grado, di p on cui abbia r | della Martesana è svoi eressi propri, ovvero di ersone con le quali abli apporti di credito/debi omitati, società di cui s |
| 2016/679, che i d | | lti saranno tr | attati, anche c | ffetti del Regolamento (on strumenti informati one viene resa. |
| Data 5/6/20 | 500 | | | |
| MBRed | sed. | In | fede | FIRM |
| | | | | alidità del dichiarante, r |
| solo caso di trasmiss | sione in via telemati | ca, posta o fa | ıx | |
| | | | | |

(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

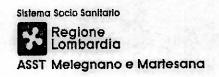
- di Intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione):
 - Fondazione EdithStein Consulenza in libera professione Prestazioni ambulatoriali in qualità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

Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, 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 13/05/2020

In fede FIRMA

Alberger



(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: LBLPRZ81E45F205W

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

DICHIARA

- di intrattenere rapporti 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 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.
 - 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

Parista lobella

Data 11/92/21

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

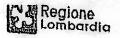
da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

| Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) ELEVA DALCA FONTANA |
|--|
| |
| |
| |
| Codice Fiscale DCLLNE 92 C 45 T 353 7 |
| consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia, |
| DICHIARA |
| di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione): |
| |
| |
| |
| |
| |
| - che l'attività professionale presso dell'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente. |
| Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa. |

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO 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: PRRNTN90A16C63ZB |
| consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia, |
| DICHIARA |
| - di intrattenere rapporti 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): NESSUNO |
| |
| |
| |
| |
| - che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente. |
| Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa. |
| Data 15/05/2020 In fede FIRMA Intousio Prizone |
| da allegare 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 |
|--|
| II/la sottoscritto/a (nome e cognome) <u>CHIAPA</u> MGELLA |
| |
| Codice Fiscale PGL 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 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 soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione): |
| REM OVALITY: RAPROMIO DI LIBERA PROFESSIONE PER SONNEGNANZA SANITARIA MILA SRI : RAPPONTO DI LIBERA PROFESSIONE PER SONNEGNIANZA SANITARIA ANTICCIUDIA PONNSA: RAPPONTO LIBERA PROFESSIONE PER ENCEDIZADE PARTE MEDICA CANSO COC TECHNO PROLO VI : WEDOCO DI GNANDIA IN MEGINE DI LIBERA PROFESSIONE TECHNO ENERGIA ENCEDIZIONE LIBERA 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 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 Clau Popula |
| to allow and the second and the seco |

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

| da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali | | | | | | |
|--|----------|--------|--|--|--|--|
| Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) | GIOVANNI | BORGHI | | | | |

Codice Fiscale BRGGN 86 F. 02B 639 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):

- OSPEDALE SAN RAFFAELE - CONTRATTO A TEMPO INDETERMINATO

- IRCCS IST MANGERI. ASSISTENZA RIAN. PER SEDUTE

- PAMOL - A CHIAMATA

- EUROP ASSISTANCE - TRASPORTI SANIT. - A CHIAMATA

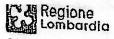
- EUEART SPORTIVI - ASSISTENZA SANIT. - A CHIAMATA

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

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

Data 30/4/2019

In fede FIRMA



ASST Melegnano e Martesana

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

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

| <u>ua compilare</u> | i a cı | <u>ura di</u> | consulenti, | collaboratori | professionali |
|---------------------|--------|---------------|-------------|---------------|---------------|
|---------------------|--------|---------------|-------------|---------------|---------------|

II/Ja sottoscritto/a (nome e cognome) CARMING DOMENICO

| Codice Fiscale VII | CHN | 83 | 17 | 6977 | Q |
|--------------------|-----|----|----|------|---|
|--------------------|-----|----|----|------|---|

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

DECLITADA

| DICHIARA | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| - di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione): OSPENALE SAN RAFFAELE | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| - che l'attività professionale presso dell'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti co: cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, 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. | | | | | |
| 19-02 .2-2- | | | | | |

da allegare 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

De Valo

(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

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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

Ii/la sottoscritto/a Cristiana Gaggi

Codice Fiscale: GGGCST71S49H5010

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

DICHIARA

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

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

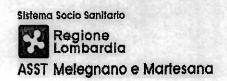
Infermiera libera professionista ASST Melegnano e Martesa

- 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 coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente.

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

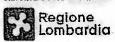
20 maggio 2020

In fede FIRMA Co Si aua Jac



| Il/la sottoscritto/a (nome e cognome | y rama bana | - Citaroono | |
|---|---|--|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Codice Fiscale: PRTNDR78E60F2 | .05F | | _ |
| consapevole della responsabilità e dichiarazioni mendaci o di formazion del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 | ne o uso di atti f | falsi ai sensi e per gl | li previste in caso d i effetti dell'articolo 76 |
| | DICHIAR | A | |
| - di intrattenere rapporti di collabora pubblici e privati (indicare denomin collaborazione): | azione in qualun nazione del sogg | que modo retribuiti jetto, natura del rap | con i seguenti soggett oporto e oggetto della |
| te professionale presso il Centro | Medico Santa | gostino in gualità | di neicologo neicote |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| ettimanali | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| ettimanali - che l'attività professionale presso |) l'Azienda ASS | T Melegnano e dell | a Martesana è svolta |
| ettimanali che l'attività professionale pressonell'esclusivo interesse dell'Azienda | l'Azienda ASS stessa, senza | T Melegnano e dell coinvolgere interes | a Martesana è svolta si propri, ovvero del |
| ettimanali che l'attività professionale pressonell'esclusivo interesse dell'Azienda coniuge o conviventi, di parenti e af | l'Azienda ASS stessa, senza fini entro il secc | T Melegnano e dell coinvolgere interes | a Martesana è svolta si propri, ovvero de ne con le quali abbia |
| che l'attività professionale pressonell'esclusivo interesse dell'Azienda coniuge o conviventi, di parenti e afrapporti di frequentazione abituale significativi, ovvero di enti, associaz | o l'Azienda ASS stessa, senza fini entro il secc e, di soggetti d zioni anche non | T Melegnano e dell coinvolgere interes indo grado, di perso con cui abbia rapp | a Martesana è svolta si propri, ovvero de ne con le quali abbia orti di credito/debito |
| che l'attività professionale pressonell'esclusivo interesse dell'Azienda coniuge o conviventi, di parenti e afrapporti di frequentazione abituale significativi, ovvero di enti, associaz | o l'Azienda ASS stessa, senza fini entro il secc e, di soggetti d zioni anche non | T Melegnano e dell coinvolgere interes indo grado, di perso con cui abbia rapp | a Martesana è svolta si propri, ovvero de ne con le quali abbia orti di credito/debito |
| che l'attività professionale pressonell'esclusivo interesse dell'Azienda coniuge o conviventi, di parenti e afrapporti di frequentazione abituale cignificativi, ovvero di enti, associazimministratore o gerente o dirigente | o l'Azienda ASS stessa, senza fini entro il secc e, di soggetti d zioni anche non | T Melegnano e dell coinvolgere interes indo grado, di perso con cui abbia rapp riconosciute, comita | a Martesana è svolta si propri, ovvero de ne con le quali abbia orti di credito/debito ati, società di cui sia |
| che l'attività professionale pressonell'esclusivo interesse dell'Azienda coniuge o conviventi, di parenti e afrapporti di frequentazione abituale significativi, ovvero di enti, associazimministratore o gerente o dirigente I sottoscritto dichiara infine di esser 2016/679, che i dati personali rac | o l'Azienda ASS stessa, senza fini entro il secc e, di soggetti d zioni anche non ce informato, ai ccolti saranno t | T Melegnano e dell coinvolgere interes ndo grado, di perso con cui abbia rapp riconosciute, comita sensi e per gli effett rattati, anche con | a Martesana è svolta ssi propri, ovvero dei ne con le quali abbia orti di credito/debito ati, società di cui sia si del Regolamento UE strumenti informatici, |
| ettimanali che l'attività professionale pressonell'esclusivo interesse dell'Azienda | o l'Azienda ASS stessa, senza fini entro il secc e, di soggetti d zioni anche non ce informato, ai ccolti saranno t | T Melegnano e dell coinvolgere interes ndo grado, di perso con cui abbia rapp riconosciute, comita sensi e per gli effett rattati, anche con | a Martesana è svolta ssi propri, ovvero dei ne con le quali abbia orti di credito/debito ati, società di cui sia si del Regolamento UE strumenti informatici, |
| che l'attività professionale pressonell'esclusivo interesse dell'Azienda coniuge o conviventi, di parenti e afrapporti di frequentazione abituale significativi, ovvero di enti, associazimministratore o gerente o dirigente I sottoscritto dichiara infine di esser 2016/679, che i dati personali race esclusivamente nell'ambito del proceso. | o l'Azienda ASS stessa, senza fini entro il secc e, di soggetti d zioni anche non ce informato, ai ccolti saranno t | T Melegnano e dell coinvolgere interes ndo grado, di perso con cui abbia rapp riconosciute, comita sensi e per gli effett rattati, anche con | a Martesana è svolta ssi propri, ovvero dei ne con le quali abbia orti di credito/debito ati, società di cui sia si del Regolamento UE strumenti informatici, |

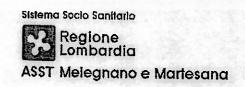
| da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali |
|---|
| II/la sottoscritto/a Boeco wells Borboro |
| Codice Fiscale: BCC BBR 65560 MO89C |
| |
| consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia, |
| DICHIARA |
| - di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della |
| - Studio Russo - Melzo - 12 pre sett |
| - Studio Rusto - Melzo - 12 pre sett |
| |
| |
| |
| |
| - che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero de coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, 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 7/10/2020 0000 Box 12 |
| Data 7/10/2020 In fede FIRMA Rulline Reulin |
| da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, ne solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax |



ASST Melegnano e Martesana

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

| <u>da compilarsi a cura di cons</u> | ulenti/colla | aboratori profess | <u>ionali</u> |
|---|---|--|--|
| II/la sottoscritto/a (nome e cog | nome) | ANNALISA | LENCIONI |
| | | | |
| | | | |
| Codice Fiscale:LN | CNLS 8- | lr5ufz05S | |
| consapevole della responsabil dichiarazioni mendaci o di form del D.P.R. 28 dicembre 2000, n | azione o us | o di atti falsi ai se | ili e penali previste in cașo di nsi e per gli effetti dell'articolo 76 i materia, |
| | D) | ICHIARA | |
| di intrattenere rapporti di col pubblici e privati (indicare der collaborazione): | aborazione iominazione | in qualunque mode del soggetto, nat | o retribuiti con i seguenti soggetti tura del rapporto e oggetto della |
| ATTIVITÀ CLINICA PR | SESSO ST | TUDIO PRIVAT | <u> </u> |
| | | | |
| | | | |
| | | • | |
| nell'esclusivo interesse dell'Az coniuge o conviventi, di parent rapporti di frequentazione al | ienda stess i e affini en situale, di s sociazioni a | a, senza coinvolg tro il secondo grad soggetti con cui | nano e della Martesana è svolta pere interessi propri, ovvero del do, di persone con le quali abbia abbia rapporti di credito/debito diute, comitati, società di cui sia |
| | ili raccolti s | saranno trattati, a | per gli effetti del Regolamento UE anche con strumenti informatici, chiarazione viene resa. |
| Data 22 05 2019 | | | |
| | | In fede FIRMA | MOCOCK |
| da allegare copia fotostatica di solo caso di trasmissione in via | | | orso di validità del dichiarante, nel |



| da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali |
|---|
| II/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 - callaborazione libero indepsionale come reicaloro - psicoteraterita qui interna adi progotti muolotivi Gots e Gosa |
| |
| |
| |
| - che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente. |
| Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, 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 |
| In fede FIRMA OLO COCO |
| da allegare 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) NOEUL DELENE LA SUA |
| |
| |
| |
| Codice Fiscale: LBANOU88+14992+39 |
| consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili 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 soggetto pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione): NECON LAPPOLTO O IAVOLO DITLE L'INCAPLO LIFED POPERO MALE CON ANT NEE GNANO PLATEZANA |
| |
| |
| CANADA CONTRACTOR OF THE STATE |
| |
| |
| - che 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 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 03/06/2019 In fede FIRMA Nocki Slew La Bus



(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) NARIALU (SA 'GROSS, |
|--|
| |
| Codice Fiscale: GRSHLSGITGIF205H |
| consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia, |
| DICHIARA |
| - di intrattenere rapporti 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 SST Santi parlo cordo, Dipendente 50/ Volli A Poli un nhalatorno Domino Con Sulente Por cotteniquente Centro ittaria Selavin. V. Veneto Posico tenso vente con sulente/inhenepole |
| - che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente. Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, 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

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:

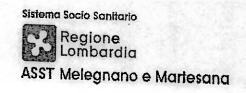
- Ricreazione Centro per l'Apprendimento e la Famiglia via G.B. Moroni, 6, Pedrengo (BG) Progettazione
 Cooperativa Sociale ONLUS Collaboratrice in qualità di Psicologa psicoterapeuta dell'età evolutiva e adulta
- Studio privato Busnago, Via Rossini, 23; Centro di Psicologia, Cernusco S/N, Via Torino 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 02.05, 2019

In fede

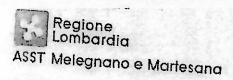
febrialla Glariosa



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

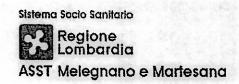
| da compilarsi a | <u>cura di</u> | consulenti | collaboratori/ | professionali |
|-----------------|----------------|------------|----------------|---------------|
|-----------------|----------------|------------|----------------|---------------|

| 11/1a sottoscritto/a (nome e cognome) ALICE FRANCESCA GLOBELLU |
|---|
| |
| 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): |
| |
| |
| |
| |
| |
| 1 2200 |
| |
| |
| - che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente. |
| Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa. |
| Data 16/03/18 |
| In fede FIRMA Flee Francesa Groubell |
| da allegare conia fotoctatica di un de una altri de una de una altri de una de |



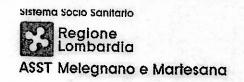
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

| da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali | |
|---|---|
| II/Ja sottoscritto (nome e cognome) GERARNO GIAC | 2014 221 |
| Codice Fiscale: | previste in cas ffetti dell'articol |
| di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con abblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporti del controle): | to e oggetto o |
| THE METROPOLITANA LIBERT PROCEETS | |
| THE THE POLITANA, LIBERO PROFESSIONISTA, TUTO | R DIDATTICO |
| AFOZ METROPOLITANA, LIPERO PROFESSIONISTA, TUTOP SEGRATE SERVICE LIPERO DO | R DIDATTICO ORGANIZZA |
| SEGRATE SERVICI, LIBERO PROFESSIONISTA, SUPERVISORE | R DIDATTICO ORGANIZZA FEDAGOCIO |
| ne l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Ma desclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi proporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di ficativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, soninistratore o gerente o dirigente. Itoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del sivamente nell'ambito del presenti saranno trattati, anche con strume sivamente nell'ambito del presenti | rtesana è svolopri, ovvero de quali abb di credito/debit pcietà di cui si |
| SEGRATE SERVICI, LIBERO FROFESSIONISTA, SUPERVISORE ne l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Ma desclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi pr descriti di frequentazione abituale, di secondo grado, di persone co dificativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, so dinistratore o gerente o dirigente. | rtesana è svolopri, ovvero de quali abb di credito/debit ocietà di cui si Regolamento U enti informatici 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) CIADDIA (ACBIATI |
| |
| |
| |
| Codice Fiscale: GIRCLD 78 H 68 C 523 W |
| consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione o uso di atti falsi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e delle ulteriori norme in materia, |
| DICHIARA |
| di intrattenere rapporti di collaborazione in qualunque modo retribuiti con i seguenti soggetti pubblici e privati (indicare denominazione del soggetto, natura del rapporto e oggetto della collaborazione): |
| LIBERA PROFESSIONE PRESSO STUDIO DI |
| POITELLO & MEITENANO |
| |
| |
| |
| |
| |
| che l'attività professionale presso l'Azienda ASST Melegnano e della Martesana è svolta nell'esclusivo interesse dell'Azienda stessa, senza coinvolgere interessi propri, ovvero del coniuge o conviventi, di parenti e affini entro il secondo grado, di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, di soggetti con cui abbia rapporti di credito/debito significativi, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società di cui sia amministratore o gerente o dirigente. |
| Il sottoscritto dichiara infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa. |
| Data 65/05/2019 |
| In fede FIRMA Dadio Calla |



(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: DPTRRT 55818(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 7/05/19 |
| In fede FIRMA |
| da allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, nel |

solo caso di trasmissione in via telematica, posta o fax

Bila 12 b

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

da compilarsi a cura di consulenti/collaboratori professionali

II/la sottoscritto/a GIOVANNA DI MICELI

Codice Fiscale: DMCGNN66R55G273F

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

DICHIARA

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

ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE MEDICO DI DISTRETTO PER CONTO DELLA ASST MELEGNANO E DELLA MARTESANA AREA SUD

ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE MEDICO VACCINATORE PER CONTO DELLA ASST MELEGNANO E DELLA MARTESANA AREA SUD

ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE MEDICO PRELIEVISTA PER CONTO DI SYNLAB ITALIA SRL

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

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

Data 26/08/2020

In fede FIRMA