DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Abbate Giorgio Enrico

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) Collaborazione Coordinata e Continuativa Professionale (Vaccini COVID)

con decorrenza dal 10/02/2022 al 31/03/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ✓ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 09-02-2022 **IL DICHIARANTE F.TO. Abbate Giorgio Enrico**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LORENZO ARCORE

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE LP

con decorrenza dal 26/04/21 al 30/6/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26/04/21 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ADORNI MARCO

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE L.P

con decorrenza dal 22/04/2021 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 22/04/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 22/04/2021 *Firma del dipendente* _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a AGATA ERIKA
nato/a a [redacted] il 16/11/81 C.F. GTTRKE81S56G858K

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
incarico libero professionale biologa addetta
con decorrenza dal 29/1/18 al 28/7/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
collaborazione libero professionale con studio dentistico privato a Verate, Sergnano, Desio e Roma

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 25/7/19 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione allo svolgimento di attività professionali ai sensi dell'art. 15, c. 1, lett. c), del d.lgs. 33/2013	05/10/2017	01	Pagina 1 di 1

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ALICE AGLIETTI
nato/a a SESTO SAN GIOVANNI (MI) il 27/11/92 C.F. GLTLCA92S67I690R
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO LIBERO PROFESSIONALE A TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETÁ EVOLUTIVA con decorrenza dal _____ al 31.12.19

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITÁ DELL'ETÁ EVOLUTIVA, LIBERA PROFESSIONISTA PRESSO STUDIO PRIVATO LO STUDIO (MILANO), FARE, DIRE, PENSARE (CONCOREZZO), ASSOCIAZIONE LUDICA (MONZA)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 2/09/2019 **IL DICHIARANTE** Alice Aglietti

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1 D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione di ufficio:

☒ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 2/09/2019 *Firma del dipendente* [redacted]

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengano presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ALICE AGLIETTI

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITÀ DELL'ETÀ EVOLUTIVA NELL'AMBITO DEL PROGETTO INDIVIDUALE DI SALUTE MENTALE DI REGIONE LOMBARDIA con decorrenza dal 1/01/21 al 31/12/20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO: STUDIO PRIVATO IN FUNO, SEDE A MILANO, VIA TORINO 6 (STUDIO PRIVATO FARE DARE PENSARE, SEDE A CONCOREZZO, VIA DANTE 205 (PRESSO ASSOCIAZIONE LUNGA, SEDE A MONZA, VIA THOMAS EDISON 42

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/12/19

IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ALICE AGUZZI
nato/a a SESTO SAN GIOVANNI il 27/11/1992 C.F. GLTLCA92S67I690R
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INPEE, 22 H SETTIMANALI
con decorrenza dal 1/11/2021 al 31/12/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

INPEE LIBERO PROFESSIONISTA, ASST RHODENSE, FINO A 30/04/2022

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

INPEE LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO ASST RHODENSE E STUDIO PRIVATO FARE BENE PENSARE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/12/2020

IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a AGRATI ARIANNA

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE

con decorrenza dal 22/04/2021 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 22/04/2021 **IL DICHIARANTE** Arianna Agrati

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 22/04/2021 ***Firma del dipendente*** _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a FABIO AGUSTA
nato/a a MAZARA DEL VALLO il 20/05/2014 C.F. AGSFBA85E20F061U
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO PNEUMOLOGO IN LIBERA PROFESSIONE
con decorrenza dal 01/04/2019 al 31/03/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [X] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 01/04/2019

IL DICHIARANTE Fabio Agusta

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 01.04.2019 *Firma del dipendente* [signature]

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione allo svolgimento di attività professionali ai sensi dell'art. 15, c. 1, lett. c), del d.lgs. 33/2013	03/10/2017	01	Pagina 1 di 1

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a FABIO AGOSTA

nato/a a [redacted] il [redacted] C.F. [redacted]

residente a [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) MEDICO SPECIALISTA IN MEDICINA DELLO SPORT

con decorrenza dal 2/10/2017 al 31/12/2019

sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione,
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data: Seregno, 02/10/2019

Firma
(per esteso e leggibile)
Fabio Agosta

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ALAMPI GIULIA
nato/a a MONZA il 16/02/1994 C.F. LMPGLI94B56F704J
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
TERAPISTA DELLA NEUROPSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA

con decorrenza dal 01/09/2022 al 31/12/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

TNPEE presso il centro "Evolutivamente" ed il centro psicopedagogico "Dimanda"
Educatrice/insegnante di sostegno presso la cooperativa "Prima I Bambini"

DICHIARA INOLTRE

di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;

- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 06/08/2022 **IL DICHIARANTE F.TO Alampi Giulia**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ALBINI FEDERICA
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico):
PSICOLOGO LP PROGETTO RIABILITAZIONE COGNITIVO MOTORIA IN STROKE UNIT
con decorrenza dal 17.05.2022 AL 16.05.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

□di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

□ di non svolgere attività professionale;

☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione)

- LP HUMANITAS MIRASOLE SPA CASA DI CURA SAN PIO XI FINO AL 28.02.2023
- LP ASST VALLE OLONA FINO AL 30.06.2022
- LP MOSAICO HOME CARE SRL

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 06.05.2022 **IL DICHIARANTE F.TO FEDERICA ALBINI**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ALBINI FEDERICA
nato/a a VOGHERA il 7/04/1990 C.F. LBNFRC90D47M109G
residente a VOGHERA Via DON STEFANO SERIA, 13 Tel 3383332693
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGO LP PROGETTO "RIABILITAZIONE COGNITIVO-MOTORIA IN STROKE-UNIT
con decorrenza dal 17-5-2022 al 16-5-2023

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

LP: HUMANITAS MIRASOLE SPA - CASA DI CURA SAN PIO X fino al 28/02/2023
LP: ASST VALLE OLONA fino al 30/06/2022
LP: MOSAICO HOME CARE SRL

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione

Data 6/05/2022 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata o resa ai sensi degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 6/5/2022 *Firma del dipendente* [signature]

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ROBERTA ALMASIO
nato/a a BUSTO ARSIZIO (VA) il 28/10/1989 C.F. LMSRRT89R68B300Q
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO DI NATURA LIBERO PROFESSIONALE - PSICOLOGO PROGETTO GAP con decorrenza dal 21/12/20 al 31/12/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  PSICOLOGO - INCARICO DI NATURA LIBERO PROFESSIONALE PRESSO ASST VIMERCATE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 16/12/2020 **IL DICHIARANTE** Roberta Almasio

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ROBERTA ALMASIO

nato/a a

residente

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO LIBERO-PROFESSIONALE PSICOLOGO PROGETTO PIANO LOCALE GAP

con decorrenza dal 06/04/2021 al 31/12/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione ente/società/studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 16/03/2021 **IL DICHIARANTE** Roberta Al

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene rilasciata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ALMASIO ROBERTA
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico):
PSICOLOGO NELLA DISCIPLINA DI PSICOTERAPIA – PROGETTO GAP
con decorrenza dal 14.03.2022 AL 31.12.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

□di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☑ di non svolgere attività professionale;

□ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 14.03.2022 **IL DICHIARANTE F.TO ROBERTA ALMASIO**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ROBERTA ALMASIO
nato/a a BUSTO ARSIZIO (VA) il 29/10/1983 C.F. LMSRRT83R69B3000
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGO PSICOTERAPEUTA - PROGETTO "PIANO LOCALE GAP ATS BRIANZA OBIETTIVO 3" - INCARICO LIBERO PROFESSIONALE con decorrenza dal 26/02/20 al 30/08/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 20/08/2020 IL DICHIARANTE Roberta Al

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a GIOLA ALVINO

nato/a ad AVELLINO il 08/01/25 C.F. LVNGIO75H12A509K

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

_____

con decorrenza dal _____ al _____

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione,
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare: Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio) specialista ambulatoriale ASST SYNLAB ITALIA, BIANALISI, ASST-Brianza, CEAF

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/8/2022 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli artt. 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione, allo svolgimento di attività professionali ai sensi dell'art. 15, comma 1, lett. c), del D.Lgs. n. 33/2013	16/02/2021	01	Pagina 1 di 1

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a GIOIA ALVINO

nato/a a AVELLINO il 08/03/1964 C.F. LVNGOI64C08A509K

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza (indicare tipologia e denominazione dell'incarico) medico specialista ed è più probabile il pensionamento

con decorrenza dal 6/4/2022 al 5/4/2023

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di falsità negli atti e uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SPECIALISTA AMBULATORIALE ASST BRIANZA LAVORATE
SPECIALISTA AMBULATORIALE ASST - NORD MILANO

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

SYNLAB MONZA \ AGRATE
SUAM ASST VIMERCATE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 6/4/2022 IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a GIOIA ALVINO
nato/a a AVELLINO il 02/05/75 C.F. GNGLVN75E02A509K
residente a [redacted] Via [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
Licenza libero professionale per le attività di medico specialista di ostetricia e ginecologia con decorrenza dal 8/7/23 ~~al~~ 4/7/2027

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

Contratti libero professionali presso FMBBM; Gam Synlab di Mauro e Aprile Brianza; Centro Medico Iorn Bianchi

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 5/7/2023 **IL DICHIARANTE** [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a AMADEI ILARIA
nato/a a BUSTO ARSIZIO il 11-2-77 C.F. MDALRI77B51B300S
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
EDUCATORE PROFESSIONALE
con decorrenza dal 1/1/'19 al 31/12/'19

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

LAVORO OCCASIONALE PRESSO ALTRI ENTI.

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 04/01/'19 IL DICHIARANTE Ilaria Amadei

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 4/1/19 *Firma del dipendente*

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a AMANDI ILARIA
nato/a a [illegible] il 11-2-1977 C.F. MDALRI77B51B300T
residente a [illegible] Via [illegible] Tel [illegible]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LAUREATO IN SCIENZE DELL'EDUCAZIONE
con decorrenza dal 1/01/2020 al 31/12/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  STUDIO PRIVATO INTERVENTI EDUCATIVI sede in Vercurago

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 17/12/'19 IL DICHIARANTE Ilaria Amandi

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:
☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengano presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE, ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a AMADEI ILARIA
nato/a a BUSTO ARSIZIO il 11-2-'77 C.F. MDALRI77B51B300J
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
EDUCATORE LIBERO PROFESSIONALE LAUREATA IN SCIENZE DELL'EDUCAZIONE
con decorrenza dal 1.1.2021 al 31.12.2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

PRESSO OPERA DIOCESANA ISTITUTO SAN GIUSEPPO, FONDAZIONE.
PEDAGOGISTA LIBERA PROFESSIONALE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/12/2020 IL DICHIARANTE Ilaria Amadei

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ROBERTA ANERI
nato/a a [illegible]
residente
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICHI DI NATURA LIBERO PROFESSIONALE PER LOGOPEDISTI NELL'AMBITO DEI PROGETTI INNOVATIVI DI RIABILITAZIONE NEUROMOTORIA
con decorrenza dal 01/07/21 al 31/12/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

- LOGOPEDISTA C/O ASST MELEGNANO MARTESANA INCARICO LIBERO PROFESSIONALE
- LOGOPEDISTA C/O POLIAMBULATORIO RADIOLOGICO "IL CORRISO", INCARICO LIBERO PROFESSIONALE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 19/07/21 **IL DICHIARANTE** Roberta Aneri

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 19/07/21 ***Firma del dipendente*** _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a AMADEI ILARIA
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico):
EDUCATORE PROFESSIONALE
con decorrenza dal 01.01.2022 AL 31.12.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

PEDAGOGISTA PRESSO STUDIO

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 28/12/2021 **IL DICHIARANTE F.TO AMADEI ILARIA**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LISA ATTATO
nato/a a ROMA il 13/04/81 C.F. MTTLSU81D53H501K
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
Psicologo / Psicoterapeuta
con decorrenza dal 1/1/19 al 31/12/19

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
ASST NORD MILANO - Ospedale Presidio S. Giovanni

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
CAMBIARE LA ROTTA ONLUS / Studio Privato

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 8/01/19 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 8/01/19 *Firma del dipendente* [signature]

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a LUISA AMATO

nato/a a ROMA, il 13/09/81, C.F. MTALSU81D53H501K

residente a [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) PSICOLOGA DIP. SAL. MENTALE (PSICHIATRIA)

con decorrenza dal 07/11/17 al 31/12/17

sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

PSICOTERAPEUTA ASST NORD MILANO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:

Vimercate 7/11/17

Firma
(per esteso e leggibile)

Luisa Amato

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normative in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LUISA AMATO
nato/a a ROMA il 13/04/81 CF. MTALSU81D53H501K
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
Attività di Psicologo specialista nella disciplina di Psicoterapia
con decorrenza dal 01/01/2018 al 31/12/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [ ] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [X] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
ASST NORD MILANO Psicoterapeuta ambulatoriale CPS sede di Sesto S. Giovanni e Cologno Monzese

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
IL CENTRO - Psicoterapia e cura di sé Via Vittor Pisani Milano

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/12/2019 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

- [ ] *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a GIORGIO AMATO

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE L.P.

con decorrenza dal 27/04/21 al 30/06/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

SERVIZIO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 27/04/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a GIORGIO AMATO nato/a a _____ il _____

_____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) MEDICO VACCINATORE LP con decorrenza dal 27/04/2021 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 27/04/2021 **IL DICHIARANTE** F.TO GIORGIO AMATO

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a AMBROGIO MAURIZIO ITALO

_____nato/a a_____il_____

_____C.F._____

residente a_____Via_____Tel._____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) MEDICO VACCINATORE con decorrenza dal 22/12/2021 al 31/05/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ✓ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

  _____
  _____
  _____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 22/12/2021 **IL DICHIARANTE** F.TO AMBROGIO MAURIZIO ITALO

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a VALERIA AMBROSINO
nato/a a _____ il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO VACCINATORE CP
con decorrenza dal 30/06/2021 al 30/09/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☑ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 29/06/2021 **IL DICHIARANTE** Valeria Ambrosino

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a MARIANNA ANDREANI
nato/a a CASSANO D'ADDA, il 19.01.80, C.F. NDRMNN80A59C003D
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) collaboratore professionale di ostetrica OST-GIN. (del. 652 del 29/6/17) con decorrenza dal 1/8/17 al 31/7/19
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- di non svolgere attività professionale;
- X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

PERLA DONNA srl direzione sanitaria - specialista OST-GIN
CASA MANAB specialista OST-GIN
CASAMEDICA specialista OST-GIN

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data: Carate B.za 5/10/17

Firma (per esteso e leggibile)

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI

AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MARIANNA PANMUEANI
nato/a a CA COMO (P.A.) il 29/01/[illegible] C.F. NDRMNN[illegible]
residente a ___ Via ___ Tel. ___
in relazione all'Incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MED. SPEC. INDT. GIN.
con decorrenza dal 1/2/20 al 31/1/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  STUDIO PERLA DONNA S.T.P. BRUGHERIO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/1/20 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 31/1/20 *Firma del dipendente* [signature]

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Io la sottoscritta/o MARIANNA ANDREANI

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) INCARICO DI NATURA L.P. n°1 MEDICO DISCIPLINA GINECOLOGIA E OSTETRICIA con decorrenza dal 25.2.21 al 24.2.23

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio) ginecologa e direzione sanitaria Perlo Donna srl

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 25/2/21 **IL DICHIARANTE** [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 25/2/21 *Firma del dipendente* [signature] Marchesi Roberta

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Marianna ANDREANI

Nazionalità Italiana
Nata a Cassano D'Adda il 29.01.1980

via Italo Calvino 6 – 20861 Brugherio (MB) | +39 347 78 50 251 | marianna.andreani@gmail.com

SINTESI PROFESSIONALE

Specializzata in Ostetricia e Ginecologia nel Novembre 2011, ho iniziato a lavorare come libera professionista. Attualmente svolgo attività come consulente per la Diagnosi Prenatale presso Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate, sono Direttore Sanitario di Perla Donna srl a Brugherio. Frequento la Scuola di Agopuntura Sowen di Milano dal 2015.

ESPERIENZE PROFESSIONALI

Settembre 2014 – Presente **Direttore Sanitario**

Perla Donna srl –Via Tre Re, 44 Brugherio (MB)

Settembre 2013 – Presente **Consulente per la diagnosi prenatale**

Azienda Ospedaliera Desio e Vimercate (presidi di Carate e Giussano)

Novembre 2011 – Presente **Collaborazione in libera professione**

CAM Monza

Novembre 2011 – Aprile 2013 **Collaborazione in libera professione**

Consultori Felceaf (sedi di Trezzo sull'Adda, Cantù, Bergamo, Calusco d'Adda, Milano)

Ottobre 2005 – Ottobre 2011 **Medico in Formazione Specialistica**
Divisione di Ostetricia e Ginecologia, Ospedale San Gerardo – Monza (MB)

Febbraio 2007 - Maggio 2007 **Osservatore**
Dipartimento di Radiologia – Children Hospital Washington D.C. – USA
Risonanza Magnetica nello studio delle malformazioni fetali.

Gennaio 2006 - Dicembre 2007 **Collaborazione**
Consultorio La Famiglia – Melzo (MI)
Partecipazione attiva come insegnante al progetto *"Educazione alla affettività e sessualità"* presso scuole medie inferiori della regione Lombardia.

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

Novembre 2015- presente Scuola di Agopuntura Sowen Milano

Ottobre 2015 Master in Fitoterapia Ginecologica

Febbraio 2012 Certificazione di Competenza presso la **Fetal Medicine Foundation** per misura della **transucenza nucale**, osso nasale, doppler arterie uterine I trimestre

Ottobre 2005-Ottobre 2011 **Specializzazione in Ginecologia e Ostetricia**
Università degli Studi di Milano-Bicocca.
Votazione: **70/70 e lode**.
Titolo tesi: *Risonanza Magnetica ed Ecografia per la valutazione di anomalie del sistema nervoso centrale fetale: metodiche a confronto*

Gennaio 2007 - Dicembre 2007 Corso per operatori: *Metodi Naturali per la Regolazione della Fertilità*
Centro C.A.Me.N. – Milano

Febbraio 2006 **Esame di stato** per l'abilitazione alla professione di medico chirurgo.
Iscritta *all'Albo Professionale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Milano*.

Ottobre 1999 - Luglio 2005 **Laurea in Medicina e Chirurgia**
Università degli Studi di Milano-Bicocca.
Votazione: **110/110 e lode**.
Titolo tesi: *Rottura precoce pretermine delle Membrane e Sviluppo Fetale*

Settembre 1994 - Luglio 1999 **Maturità Scientifica**
Liceo Scientifico G. Bruno – Cassano D'Adda
Votazione: **100/100**.

COMPETENZE PROFESSIONALI

TECNICHE ECOGRAFICHE

→ Competenza in tecniche ecografiche ginecologiche di I° livello: valutazione e diagnosi differenziale della patologia miometriale, endometriale ed annessiale con ausilio eco-color doppler. **Certificazione IOTA dal 2017.**

→ Competenza in tecniche ecografiche ostetriche: valutazione translucenza nucale ed altri markers per lo screening combinato del I trimestre (osso nasale, dotto venoso, rigurgito tricuspidalico, angolo facciale, campionamento arterie uterine e misura lunghezza cervicale); valutazione biometria e morfologia fetale di I° e II° livello (I-II-III trimestre) mediante tecnica 2D e 3D; valutazione delle più frequenti anomalie feto-placentari; valutazione flussimetria dei diversi distretti circolatori fetali a mezzo di eco-color doppler.

COMPETENZE OSTETRICO-GINECOLOGICHE

→ Gestione ambulatori di ginecologia generale (clinica e diagnostica ecografica).

→ Gestione ambulatori ostetrici di I° livello.

→ Gestione ambulatori ostetrici di II° livello: valutazione clinico-ecografica e relativa gestione delle pazienti afferenti agli ambulatori e reparto di patologia della gravidanza.

COMPETENZE IN AGOPUNTURA

→ Inquadramento diagnostico e terapeutico delle più comuni patologie nell'ambito della Medicina Tradizionale Cinese.

PUBBLICAZIONI SCIENTIFICHE

ARTICOLI SU RIVISTE SCIENTIFICHE

1: Vergani P, **Andreani M**, Greco M, Farina G, Fedeli T, Cuttin S. Two- or three-dimensional ultrasonography: which is the best predictor of pulmonary hypoplasia? Prenat Diagn. 2010 Sep;30(9):834-8. PubMed PMID: 20582919.

2: Locatelli A, **Andreani M**, Pizzardi A, Paterlini G, Stoppa P, Ghidini A. Antenatal variables associated with severe adverse neurodevelopmental outcome among neonates born at less than 32 weeks. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2010 Oct;152(2):143-7. Epub 2010 Jun 25. PubMed PMID: 20579800.

3: Locatelli A, Ghidini A, Incerti M, Toso L, Plevani C, **Andreani M**, Paterlini G. Gestational age at glucocorticoids administration after premature rupture of membranes and cerebral white matter damage. J Matern Fetal Neonatal Med. 2010 Jun;23(6):511-5. PubMed PMID: 19718581.

4: **Andreani M**, Vergani P, Ghidini A, Locatelli A, Ornaghi S, Pezzullo JC. Are ultrasonographic myoma characteristics associated with blood loss at delivery? Ultrasound Obstet Gynecol. 2009 Sep;34(3):322-5. PubMed PMID: 19670350.

5: Locatelli A, Ghidini A, Assi F, **Andreani M**, Malguzzi S, Paterlini G. Which factors affect the occurrence of severe cerebral lesions in preterm neonates who are born with intrauterine infection? Am J Obstet Gynecol. 2008 Oct;199(4):404.e1-5. PubMed PMID: 18928990.

6: Ghidini A, Healey A, **Andreani M**, Simonson MR. Pregnancy and women with spinal cord injuries. Acta Obstet Gynecol Scand. 2008;87(10):1006-10. PubMed PMID: 18763171.

7: Locatelli A, **Andreani M**, Ghidini A, Verderio M, Pizzardi A, Vergani P, Salafia CM. Amnioinfusion in preterm PROM: effects on amnion and cord histology. J Perinatol. 2008 Feb;28(2):97-101. Epub 2007 Nov 29. PubMed PMID: 18046340.

8: **Andreani M**, Locatelli A, Assi F, Consonni S, Malguzzi S, Paterlini G, GhidiniA. Predictors of umbilical artery acidosis in preterm delivery. Am J Obstet Gynecol. 2007 Sep;197(3):303.e1-5. PubMed PMID: 17826430.

9: Zangheri G, **Andreani M**, Ciriello E, Urban G, Incerti M, Vergani P. Fetal intra-abdominal calcifications from meconium peritonitis: sonographic predictors of postnatal surgery. Prenat Diagn. 2007 Oct;27(10):960-3. PubMed PMID: 17654754.

10: Alessandro G, Incerti M, **Andreani M**. Alagille syndrome: prenatal sonographic findings. J Clin Ultrasound. 2007 Mar-Apr;35(3):156-8. PubMed PMID: 17295271.

11: Vergani P, Locatelli A, Ghidini A, **Andreani M**, Sala F, Pezzullo JC. Large uterine leiomyomata and risk of cesarean delivery. Obstet Gynecol. 2007 Feb;109(2Pt 1):410-4. PubMed PMID: 17267843.

12: Locatelli A, Ghidini A, Verderio M, **Andreani M**, Strobelt N, Pezzullo J, Vergani P. Predictors of perinatal survival in a cohort of pregnancies with severe oligohydramnios due to premature rupture of membranes at <26 weeks managed with serial amnioinfusions. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2006 Sep-Oct;128(1-2):97-102. Epub 2006 Mar 10. PubMed PMID: 16530921.

PUBBLICAZIONE SU LIBRI

LOCATELLI A, VERGANI P, **ANDREANI M**. (2007): Preterm premature rupture of membranes (PPROM). In: VINCENZO BERGHELLA. Maternal Fetal Medicine Evidence Based Guidelines.

MONOGRAFIE

ANDREANI M., ASSI F, LOCATELLI A, VERGANI P. Gravidanza e Prematurità. Protocolli clinici di trattamento. MILANO: Ferring (2007).

RELAZIONI ORALI

- Sieog -Bari 2008- "L'imaging volumetrico nella valutazione del polmone fetale"
- Diagnosi Prenatale Non Invasiva: scelte cliniche in equilibrio fra nuovi orizzonti – "A quali pazienti offrire NIPT?"- Monza 2013
- Diagnosi prenatale non invasiva: un anno di esperienza italiana Monza 2014

CORSI E CONGRESSI

- Antenatal surveillance Fetal Medicine Foundation 2012
- Basic fetal echocardiography Fetal Medicine Foundation 2012
- Advances in Fetal Medicine Course Fetal Medicine Foundation 2012
- 9° CONGRESSO INTERNAZIONALE "GESTIONE DELLA GRAVIDANZA AD ALTO RISCHIO" 2012
- International Society for Prenatal Diagnosis 16th International Conference on Prenatal Diagnosis and Therapy 2012
- International Society for Prenatal Diagnosis 17th International Conference on Prenatal Diagnosis and Therapy 2013
- Noninvasive Prenatal Testing – *workshop* at ISPD 2013
- XX week end clinico SIdR "Infertilità, Endometriosi e Contraccezione" 2013
- La comunicazione e la relazione con la donna e con la coppia 2014
- Nuove prospettive nello screening del primo trimestre 2014
- Ecografia della translucenza nucale: da screening delle anomalie cromosomiche a screening delle gravidanze a basso e alto rischio 2014
- Fetal Medicine Foundation – World Congress 2014
- Ecografia del secondo trimestre: la diagnosi prenatale delle malformazioni e lo screening delle anomalie cromosomiche 2014
- Genetica per ostetrici 2015
- Impiego ragionato nella ecografia ostetrica 2015
- Ecoencelografia fetale 2015
- Master in fitoterapia ginecologia 2015
- Le diagnosi difficili o (im)possibili – Corso Avanzato SIEOG 2016
- Rischio?! La percezione del rischio tra numeri e nervi nell'assistenza alla nascita 2016
- Infezioni in gravidanza 2016
- Ecocardiografia fetale 2016
- SIEOG Congresso Nazionale 2017
- Pattern ecografici delle malformazioni fetali 2017

CONOSCENZE LINGUISTICHE

Lingua madre	Italiano
Altre lingue	Buona conoscenza della lingua Inglese scritta e parlata.

INTERESSI PERSONALI

Mi piace molto andare in montagna, arrampicare, sciare, viaggiare, leggere e cucinare.

Sono sposata e madre di Cecilia, Giovanni e Mattia.

Azienda Socio Sanitaria

Regione Lombardia

ASST Vimercate

U.O.C. Risorse Umane

QD_ENT_201710_116118

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a Sauro Andreoli

nato/a a [redacted]

residente a Lodi (Prov Lo) in Via Carlo Mattioli n. 61 c.a.p. 26900

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

Direttore professionale Direzione Medica di Presidio di Lodi

con decorrenza dal 1/9/18 al 31/8/23

sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DERMATOLOGO Privato MEDICO DR. ANDREOLI Sauro Via [illegible]

" " DR SALA GIANNI PIETRO - Cernusco Lodi

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data

Lodi 1.10.18

Firma (per esteso e leggibile)

Sauro Andreoli

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Vimercate

U.O.C. Risorse Umane

QD_ENT_201710_116118

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ANDREOLI SANTA
nato/a a CROTONE il 13/12/1967 C.F. NDRSNT67A53D122F
[redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO NELLA DISCIPLINA DI DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA
con decorrenza dal 1/9/19 al 30/06/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

POLIAMBULATORIO MEDICO VIA SAN LUCA 4
AMBULATORIO DOTT. SALA VIA PETRARCA
CESANO MADERNO (MB)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 27/06/2019 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 27-06-2019 *Firma del dipendente* [signature]

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ANDRIOLLO MARTINA
nato/a a MILANO il 25/05/91 C.F. NDRMTN9[illegible]F205N
residente a [illegible] Via [illegible] Tel. [illegible]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (indicare tipologia e denominazione dell'incarico)
LOGOPEDISTA LP NELL' AMBITO DEI PROGETTI INNOVATIVI REGIONALI
con decorrenza dal 01/01/20 al 31/12/20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
STUDIO POLISPECIALISTICO ANIMALAMENTE (SEREGNO)
STUDIO MULTIDISCIPLINARE IN RELAZIONE (DESIO)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/12/19 IL DICHIARANTE Martina Andriollo

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:
☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MARTINA ANDRIOLLO
nato/a a MILANO il 25/05/91 C.F. NDRMTN91E65F205N
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LOGOPEDISTA
con decorrenza dal 01/01/19 al 31/12/19

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

LOGOPEDISTA L.P. "ASSOCIAZIONE INRELAZIONE"
LOGOPEDISTA L.P. "ANIMALAMENTE"

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 04/01/19 IL DICHIARANTE Martina Andriollo

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 4/1/19 *Firma del dipendente*

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MARTINA ANDRIOLO
nato/a a MILANO il 25/05/91 C.F. NDRMTN91E65F205N
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LOGOPEDISTA nell' ambito dei progetti innovativi di SALUTE MENTALE con decorrenza dal 01/01/21 al 31/12/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  STUDIO PRIVATO (SEREGNO / DESIO) - LOGOPEDISTA L.P.

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/12/20 IL DICHIARANTE Martina Andriolo

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:
☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengano presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MARTINA ANDRIOLLO
nato/a a
residente a
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
L.P. LOGOPEDISTA nell'ambito dei progetti innovativi di Salute Mentale
con decorrenza dal 09/07/2021 al 31/12/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

LOGOPEDISTA L.P. • STUDIO IN RELAZIONE (DESIO)
• CENTRO ANIMALAMENTE (SEREGNO)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 09/07/21 **IL DICHIARANTE** Martina Andriollo

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

- [x] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MARTINA ANDRIOLLO
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico):
LOGOPEDISTA
con decorrenza dal 01.01.2022 AL 31.12.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

LOGOPEDISTA L.P. – STUDIO PRIVATO INRELAZIONE -DESIO

LOGOPEDISTA L.P – STUDIO PRIVATO ANIMALAMENTE - SEREGNO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 02.01.2022 **IL DICHIARANTE F.TO MARTINA ANDRIOLLO**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Vimercate

U.O.C. Risorse Umane

QD_ENT_201710_116118

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ROBERTA ANIERI
nato/a a GARBAGNATE MILANESE il 21/05/1992 C.F. NRARRT92E61D912V
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LOGOPEDISTA IN LIBERA PROFESSIONE PRESSO LA UONPIA DI VIMERCATE (16h SETTIMANALI) con decorrenza dal 25/02/19 al 31/12/19

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☑ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

LOGOPEDISTA - INCARICO LIBERO PROFESSIONALE PRESSO ASST MELEGNANO E DELLA MARTESANA

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

LOGOPEDISTA PRESSO FONDAZIONE DON GNOCCHI IRCCS (MI) INCARICO IN LIBERA PROFESSIONE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 14/02/19

IL DICHIARANTE Roberta Anieri

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione allo svolgimento di attività professionali ai sensi dell'art. 15, c. 1, lett. c), del d.lgs. 33/2013	08/10/2017	01	Pagina 1 di 1

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ROBERTA ANTERI
nato/a a GARBAGNATE MILANESE il 21/05/1992 C.F. NTRRRT92E61D912U
residente a _____ Via _____ Tel _____
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LOGOPEDISTA NELL'AMBITO DEI PROGETTI INNOVATIVI DI SALUTE MENTALE - INCARICO DI MEDIA, LIBERO PROFESSIONALE con decorrenza dal 01/01/2020 al 31/12/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
LOGOPEDISTA LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO ASST MELEGNANO E DELLA MARTESANA, LOGOPEDISTA LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO CENTRO S. MARIA ALLA FONDA "FONDAZIONE DON CARLO GNOCCHI" LOGOPEDISTA LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO ASSOCIAZIONE IN RELAZIONE, LOGOPEDISTA LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO EDUCANDO SERVIZI PSICOEDUCATIVI

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/12/2019 IL DICHIARANTE Roberta Anteri

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ROBERTA ANERI
nato/a a GARBAGNATE MILANESE (MI) il 21/05/1992 C.F. NRARRT92E61D912U
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LOGOPEDISTA LIBERO PROFESSIONISTA - PROGETTO GOSZ - ABBATTIMENTO LISTE DI ATTESA
con decorrenza dal 01/01/2021 al 31/12/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 11/01/2021 IL DICHIARANTE Roberta Aneri

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 11/01/2021 *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ROBERTA ANIERI
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico):
INCARICO DI NATIRA LIBERO PROFESSIONALE –LOGOPEDISTA- PROGETTI INNOVATIVI SI SALUTE MENTALE
con decorrenza dal 01.01.2022 AL 31.12.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

□ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 12.01.2022 **IL DICHIARANTE F.TO ROBERTA ANIERI**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ANTONUCCI CESARE
nato/a a PARMA il [redacted]
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
COVID COVID
con decorrenza dal 13/11/2020 al 30/09/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 2 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30/07/21 **IL DICHIARANTE** Cesare Antonucci

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

- [ ] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MICHELE AZENA

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

CO.CO.CO PER ATTIVITÀ VACCINALE

con decorrenza dal 23/04/2021 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☑ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 23/04/2021 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ARIANI GIUSEPPE nato/a a _____ il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) CONSULENTE SPECIALIZZANDO con decorrenza dal 01/2022 al 30/06/2022
sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ✓ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

  _____
  _____
  _____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26/05/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO ARIANI GIUSEPPE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a ARIENTI NICOLETTA

nato/a a MONZA, il 19/09/81, C.F. RNTNLT81L59F704Y

residente a [redacted] (prov. [redacted]) in via [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA PER LA S.C. DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE con decorrenza dal 01.01.17 al 31.12.17

sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale,
- ☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio) ATTIVITA' DI NEUROPSICOMOTRICITA' PRESSO "IL GABBIANO" LOCALITA' CODOGNO (LODI)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data: ARCORE 28/10/17

Firma (per esteso e leggibile) Nicoletta Arienti

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a PIETRO ASCHERI

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

_____

con decorrenza dal _____ al _____

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 23/04/21 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutivo vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Leonardo Aurino

Nato a Napoli il 24/06/1991 C.F. RNALRD91H24F839M

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO NELLA DISCIPLINA CARDIOLOGIA

con decorrenza dal 12/09/2022 al 12/03/2024

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

X

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 14/09/2022 **IL DICHIARANTE**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

X ☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SILVIA CHIARA ANTOLINA
nato/a a CALTAGIRONE (CT) il 18/07/1985 C.F. TNTSVC85L58B429T
residente a SEREGNO Via GIACOMO PUCCINI 43 Tel. 3472412316
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO DI NATURA LIBERO PROFESSIONALE PSICOLOGO DISCIPLINA PSICOTERAPIA NELL'AMBITO DI ATTIVITÀ PER CONTRASTO AL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO
con decorrenza dal _____ al 31/12/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi.

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE IN STUDIO PRIVATO (PSICOLOGA/PSICOTERAPEUTA)
COLLABORAZIONE LIBERO PROFESSIONALE CON STUDIO ANAGRAMMA (PSICOLOGA/PSICOTERAPEUTA)
ASSISTENTE EDUCATIVA E PSICOLOGA DIPENDENTE SOCIOSFERA ONLUS

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione

Data 26/05/2022 IL DICHIARANTE Silvia Chiara Antolina

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli artt. 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto

☒ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 26/5/22 *Firma del dipendente* _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Bagnato Manuela
nato/a a Lamezia Terme (CZ) il 17/05/1980 C.F. BGNMNL80E57M2Z80
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
Collaborazione libero professionale
con decorrenza dal 16.11.20 al 15.05.21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [X] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 13/11/20 IL DICHIARANTE Bagnato Manuela

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:
☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengano presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Borgato Manuela
nato/a a Carate Brianza (MB) il 18/03/1970 C.F. BRGMNL70C58B917M
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
Collaboratore Professionale Sanitario Esperto Fisioterapista presso UOC di Medicina Generale e Vascolare con decorrenza dal 01/11/19 al 31/12/20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 6/11/19

IL DICHIARANTE Borgato Manuela

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Bognanno Anna Nicola
nato/a a Somma Vesuviana (NA) il 15/11/1970 C.F. BGNNNC70S55I234Z
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
Medico dirigente della U.O.C. di Nefrologia e Dialisi Presidio Ospedaliero Renzo Pezzoli
con decorrenza dal 6/3/18 al 2/11/18

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 3/3/18

IL DICHIARANTE Bognanno Anna Nicola

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Bagnato Manuela
nato/a a Seriate (BG) il 18/05/1980 C.F. BGNMNL80E58I628B
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
Dirigente Professionale Medico
con decorrenza dal 16/10/2021 al 15/11/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☑ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 16/10/2021 IL DICHIARANTE Bagnato Manuela

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☑ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BAINI ILARIA

nato/a a MILANO il 12/07/82 C.F. BNRLRA82L52F205C

[redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) ATTIVITÀ DI OSTETRICA U PRESSO REPARTO DI GINECOLOGIA

con decorrenza dal 20/8/19 al 29/12/20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio) DI SVOLGERE ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE DI OSTETRICA PRESSO COYLAB USMATE CENTRO SOLIDO, UNIMEDICA SEREGNO, CDI, CENTRO GEMMA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 05/08/2019 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a EGLE BALDON
nato/a a __
residente a __
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGO NELL'AMBITO DEI PROGETTI INNOVATIVI DI SALUTE MENTALE
con decorrenza dal 29/03/21 al 31/12/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

INCARICO LIBERO PROFESSIONALE COME CONSULENTE PSICOLOGO PRESSO IL CONSULTORIO PRIVATO ACCREDITATO ATS DI DESIO (FONDAZIONE EDITH STEIN ONLUS)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

FONDAZIONE PER LA FAMIGLIA EDITH STEIN ONLUS – DESIO
STUDIO PRIVATO CONTESTO via Valassina 62/A Seregno

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 29/03/21 **IL DICHIARANTE** Egle Baldon

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BARBARO ALESSANDRO nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) INCARICO DI COLLABORAZIONE LIBERO PROFESSIONALE PER ATTIVITA' VACCINALE COME MEDICO SPECIALIZZZANDO con decorrenza dal 20/12/2021 al 30/06/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ✓ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

  _____
  _____
  _____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 20/12/2021 **IL DICHIARANTE** F.TO BARBARO ALESSANDRO

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SARA BANFI

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

LIBERO PROFESSIONISTA PER ATTIVITÀ VACCINALE

con decorrenza dal 23.06.21 al 30.06.21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

L.P. PER SOSTITUZIONI DI MEDICINA GENERALE

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 23.06.21 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengano presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a NOEMI BARONIO
nato/a a COMO il 13-05-95 C.F. BRNNMO95H53C933F
residente a [redacted] Via [redacted] Tel [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO LIBERO PROFESSIONALE PER EMERGENZA COVID-19
con decorrenza dal 12.11.2020 al 11.06.2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
INCARICO LIBERO PROFESSIONALE DI SANITA' TRACING PRESSO ATS BRIANZA
(sede di Desio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 29.11.2020 IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a FRANCESCA BARZAGHI
nato/a a _____ il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
L.P. PER ATTIVITA' VACCINALE
con decorrenza dal 26/4/2021 al 30/6/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

L.P. MEDICO OSCA (PER VACCINAZIONI)
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26/4/2021 **IL DICHIARANTE** Francesca Barzaghi

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il sottoscritto SIMONA BASILE nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) LIBERO PROFESSIONISTA PSICOLOGO NELL'AMBITO DEI PROGETTI INNOVATIVI DI SALUTE MENTALE con decorrenza dal 31/01/2022 al 31/12/2022

Sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  PSICOLOGA L.P. PRESSO ASST MONZA NEL PROGETTO "DIPENDE DA COME MI ABBRACCI"

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  PSICOLOGA L.P. PRESSO STUDIO PRIVATO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 27/01/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO SIMONA BASILE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BELLINI BARBARA
nato/a a [redacted] il [redacted] C.F. [redacted]
residente a [redacted] Via [redacted], 8 Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO PER ATTIVITA' DI INFERMIERA - EMERGENZA COVID
con decorrenza dal 16/03/2020 AL 15/09/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

ISTITUTI OSPEDALIERI BERGAMASCHI Srl
RAPPORTO LIBERO PROFESSIONALE PER ATTIVITA' INFERMIERISTICA
c/o SMART CLINIC

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 13/03/2020 IL DICHIARANTE Barbara Bellini

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BELTRAMI DANIELA
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico):
LIBERO PROFESSIONISTA PEDIATRA
con decorrenza dal 01.04.2022 AL 31.03.2023

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

□di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

□ di non svolgere attività professionale;

☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione)

DIPENDENTE AL 20% PRESSO ENTE OSPEDALIERO CANTONALE, CAPOCLINICA PEDIATRIA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 25.03.2022 **IL DICHIARANTE** F.TO DANIELA BELTRAMI

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BONAGUA CHIARA

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE - LP

con decorrenza dal 29.04.21 al 30.6.21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 29.4.21 **IL DICHIARANTE** Chiara Bonaglia

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MARIARENE BENEDET
nato/a a _____ il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LIMBIATE
con decorrenza dal 12/07/2021 al 30/09/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 12/07/2021 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 12/07/2021 *Firma del dipendente* _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MARIARICHE BENEDUSI

nato/a a GARBAGNATE MILANESE il 01.02.1973 C.F. BNDMRN73B41D912F

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO SPECIALIZZANDO IN LIBERA PROFESSIONE PRESSO PRONTO SOCCORSO DELL'OSPEDALE DI DESIO

con decorrenza dal 04.07.22 al 30.09.22

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione,
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
MEDICO SPECIALIZZANDO (MMG)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 05.07.22 **IL DICHIARANTE** Mariarichè Benedusi

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- ☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

Dichiarazione ai sensi dell'art. 15, comma 1, lett. c) del D.Lgs. n. 33/2013

Il/La sottoscritto/a MAURO BENFATTI matr. //

nato/a a MILANO (MI) il 5/08/1953

domiciliato per la carica a VIMERCATE (MB)

in via SS. COSMA E DAMIANO N° 10 in servizio presso

UOC GINECOLOGIA in qualità di CONSULENTE

(Unità Operativa, ubicazione) (Dirigente, Medico, Direttore, Consulente)

consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445, con riferimento alla propria posizione e all'incarico professionale di:

COLLABORAZIONE PROF.LE A TITOLO GRATUITO

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000

☐ di NON svolgere incarichi o di NON essere titolare di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione o di NON svolgere attività professionali;

☐ di svolgere incarichi o di essere titolare di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione o di svolgere attività professionali, come di seguito elencato:

ATTIVITÀ PROFESSIONALE PRESSO STUDIO PRIVATO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 16/06/2020

IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 16/06/2020

FIRMA DEL DIPENDENTE

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BERETTA CARLO

nato/a a MI il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

ATTIVITÀ VACCINALE UP

con decorrenza dal 26/4/2021 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

GUARDIA MEDICA

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26/04/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 26/04/2021 ***Firma del dipendente*** _____

- [ ] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

La sottoscritta FRANCESCA BERETTA
nata a MILANO il 28/09/1991 C.F. BRTFNC91P68F205B
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LIBERO PROFESSIONALE – Specialista Neurologo c/o Casa della Comunità di Vimercate
con decorrenza dal 07/07/2022 al 06/01/2023 .

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- X di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  Assegno di Ricerca presso Università degli Studi di Milano-Bicocca, durata 12 mesi (01/06/2022 – 31/05/2023)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

  Neurologo Libero Professionista

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 05/07/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO FRANCESCA BERETTA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

✓*l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BERETTA PIETRO

nato/a a _____

residente a _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

_____

con decorrenza dal 01.06.21 al 30.06.21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☑ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 25/3/21 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengano presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BERETTA PIETRO

nato/a a _____

residente a _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

Co.Co.Co.

con decorrenza dal 1/7/21 al 31/12/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☑ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 1/7/21 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 22 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☑ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto* Marchesi Roberta

Data 1/7/21 ***Firma del dipendente*** _____

☑ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BERETTA PIETRO
nato/a a MONZA il 10/12/1983 C.F. _____
residente a _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
_____
con decorrenza dal 01.06.21 al 30.06.21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 25/3/21 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengano presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BERETTA PIETRO
nato/a a MONZA il 10/11/83 C.F. BLLPTR83T10F704Q
residente a
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
CO.CO.CO.
con decorrenza dal 1/7/21 al 31/12/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☑ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 1/7/21 **IL DICHIARANTE** Pietro Beretta

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 22 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☑ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto* Marchesi Roberta

Data 1/7/21 ***Firma del dipendente*** Roberta Marchesi

☑ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BEMIN SILVIA
nato/a a _
residente :
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LIBERO PROFESSIONALE per 38 h/SETT come MEDICO DI GINECOLOGIA e OSTETRICIA
con decorrenza dal 26/4/21 al 25/4/22

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

SMART CLINIC SEDE CENTU'/VARESE/BICOCCA/MONZA
IRCCS IST. ORTOPEDICO GALEAZZI - GRUPPO SAN DONATO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26/4/21 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BERTINI SILVIA
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico):
LIBERO PROFESSIONALE PER 30H/SETT COME MEDICO DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA PEDIATRA
con decorrenza dal 26.04.2021 AL 25.04.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

□di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

□ di non svolgere attività professionale;

☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione)

SMART CLINIC SEDE CANTU'/VAREDO/BICOCCA/CERTOSA
IRCCS IST.ORTOPEDICO GALEAZZI – GRUPPO SAN DONATO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 15.04.2021 **IL DICHIARANTE F.TO SILVIA BERTINI**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BETTINA MARCO

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE CO-CO-CO.

con decorrenza dal 13/05/2021 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 13/05/2021 **IL DICHIARANTE** Marco Bettina

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 13/05/2021 *Firma del dipendente* _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CLAUDIO FILIPPO BIANCHI
nato/a a PA il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO VACCINATORE LP
con decorrenza dal 19/5/2021 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

MEDICO SPECIALIZZANDO COCOCO PRESSO ALTRA ASST
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 19/5/2021 **IL DICHIARANTE** Claudio F. Bianchi

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 19/05/2021 *Firma del dipendente* _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ERICA MARIA BIANCHI
nato/a a SEREGNO il 11/09/1965 C.F. BNC RMR 65P51 I625 G
residente a _
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

con decorrenza dal 01/10/21 al 30/09/22

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  Elettromiografie come F. p in diverse strutture private e/o private convenzionate

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 24/3/21 IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 24/3/21 *Firma del dipendente*

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengano presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a FLAVIA BINO

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE CO.CO.CO.

con decorrenza dal 26.04.2021 al 30.06.2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 29/04/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

- [x] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BISSOLATI MASSIMILIANO
nato/a a _____ il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) MEDICO LIBERO PROFESSIONISTA VACCINATORE PRESSO CVM VIMERCATE con decorrenza dal 01/04/2022 al 30/06/2022
sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  - CHIRURGO LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO UOC CHIRURGIA 2 DELL'ASST MONZA
  - MEDICO PRELEVATORE PRESSO BANCA DEGLI OCCHI DELL'ASST MONZA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 27/05/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO BISSOLATI MASSIMILIANO

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BIZZARRI ROSALBA nato/a a _____ il _____

_____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) INFERMIERE VACCINATORE CO.CO.CO con decorrenza dal 26/05/2021 al 31/07/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  DIPENDENTE ENTE PRIVATO CONVENZIONATO (I.O.G)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26/05/2021 **IL DICHIARANTE** F.TO BIZZARRI ROSALBA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l*'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BATTARA ROSALBA
nato/a a _____ il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INFERMIERE VACCINATORE CO.CO.CO
con decorrenza dal 26/05/2021 al 31/07/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DIPENDENTE ENTE PRIVATO CONVENZIONATO (I.O.C.)
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26/05/2021 **IL DICHIARANTE** Rosalba B

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BLANGIARDO PAOLO
nato/a a _____ il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
ATTIVITÀ VACCINALE
con decorrenza dal 23/04/2021 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

LIBERO PROFESSIONISTA c/o USCA ATS BRIANZA
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 23/04/21 IL DICHIARANTE Paolo Blangiardo

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

- [X] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BONFANTI ALICE

nato/a a [redacted] il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE UP

con decorrenza dal 22.04.21 al 30.09.21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 22.04.21 **IL DICHIARANTE** Alice Bonfanti

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 22/04/2021 *Firma del dipendente* _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CLAUDIA BONACINA
nato/a a MILANO il 03/10/1969 C.F. BNCCLD69R43F205U
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO UFFICIO PROFESSIONALE UOSD DI RADIOLOGIA DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA con decorrenza dal 01/08/19 al 31/07/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
Ufficio privato (MILANO e Vimercate (MB))

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30.09.2021 IL DICHIARANTE Claudia Bonacina

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BONARDI CLAUDIA
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico):
LIBERO PROFESSIONALE DI MEDICO SPECIALISTA NELLA DISCIPLINA DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA
con decorrenza dal 01.08.2021 AL 31.07.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☑ di non svolgere attività professionale;
- □ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 01.08.2021 **IL DICHIARANTE F.TO CLAUDIA BONARDI**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

La sottoscritta BONARDI CLAUDIA
nata a MILANO il 03.10.1979 C.F. BNRCLD79R43F205U
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
GINECOLOGIA nell'ambito della 'progettualità Case di Comunità'

con decorrenza dal 01.07.2022 al 31.12.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

di svolgere attività professionale c/o Amb. Professionale a Bellusco (MB)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 16.09.2022 **IL DICHIARANTE F.TO CLAUDIA BONARDI**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

La sottoscritta BONARDI CLAUDIA
nata a MILANO il 03.10.1979 C.F. BNRCLD79R43F205U
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di
GINECOLOGIA e OSTETRICIA nel progetto di 'PROMUOVERE E FAR CRESCERE IL CONSULTORIO'

con decorrenza dal 08.07.2022 al 07.07.2023

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

di svolgere attività professionale c/o Amb. Professionale a Bellusco (MB)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 16.09.2022 **IL DICHIARANTE F.TO CLAUDIA BONARDI**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a DONFRANCESCO ALESSANDRO MARIA

nato/a a [redacted] il [redacted] C.F. [redacted]

residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

LIBERA PROFESSIONE - EMERGENZA COVID

con decorrenza dal _____ al _____

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [X] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 16/03/2020 IL DICHIARANTE Alessandro Maria Donfrancesco

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a STEFANIA BONOMO
nato/a a MONZA il 24/01/69 C.F. BNMSFN69A64F704O
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA
con decorrenza dal 31/05/19 al 30/05/20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

CENTRO PSICOPEDAGOGICO DIMENSIONE, VIA CARLO PORTA 33 LISSONE
FARE DIRE PENSARE, VIA DANTE 105, CONCOREZZO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30/05/19 IL DICHIARANTE Stefania Bonomo

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a STEFANIA BONOMO
nato/a a MONZA il 24/11/89 C.F. [redacted]
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA
con decorrenza dal 31/5/2020 al 30/5/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA PRESSO ASSOCIAZIONE CULTURALE DIMANDA, IN VIA C. PORTA 33 A LISSONE.

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 29/5/20 IL DICHIARANTE Stefania Bonomo

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 29/5/20 *Firma del dipendente* Stefania Bonomo

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a STEFANIA BONOMO
nato/a a MONZA il 24/01/69 C.F. BNMSFN69A64F704O
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA
con decorrenza dal 31/05/19 al 30/05/20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

CENTRO PSICOPEDAGOGICO DIMENSIONE, VIA CARLO PORTA 33 LISSONE
FARE DIRE PENSARE, VIA DANTE 105, CONCOREZZO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30/05/19 IL DICHIARANTE Stefania Bonomo

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a FRANCESCA BORGHESE
nato/a a LECCO il 13-11-1970 C.F. BRGFNC70S55E507E
residente a [redacted] Via [redacted] T. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
Maestro di Danza per il corso di preparazione al parto denominato "Dolce Attesa - Danza Movimento Terapia" con decorrenza dal 1-1-'19 al 31-12-2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  Danza Movimento Terapia presso coop. ELEINO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 13-12-'18 IL DICHIARANTE Francesca Borghese

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 1 *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SHARON ROBERTA BOZZOLAN
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico):
LIBERO PROFESSIONALE DI PSICOLOGO NELLA DISCIPLINA DI PSICOTERAPIA PRESSO UOC DI RIAB.SPEC.NEUROMOTORIA
con decorrenza dal 04.11.2021 AL 03.11.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione)

  LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO POLO NEUROLOGICO BRIANTEO SRL
  LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO FONDAZIONE CASA DI RIPOSO L.e.A. AGOSTONI ONLUS
  LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO STUDIO PRIVATO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 12.01.2022 **IL DICHIARANTE F.TO SHARON ROBERTA BOZZOLAN**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SHARON ROBERTA GOZZOLINO
nato/a a MILANO il 07-06-1987 C.F. [redacted]
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO LIBERO PROFESSIONALE N. 1 PSICOLOGO NELLA DISCIPLINA DI PSICOLOGIA O PSICOTERAPIA PER U.O.C. DI RIABILITAZIONE SPECIALISTICA NEUROMOTORIA con decorrenza dal 30.09.20 al 29.09.21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

PSICOLOGA PRESSO FONDAZIONE LEA AGOSTONI ONLUS RSA LISBONA
PSICOLOGA PRESSO POLO NEUROLOGICO BRIANTEO S.C.L.
PSICOLOGA PRESSO LEGA ITALIANA PER LA LOTTA CONTRO I TUMORI - SEZIONE COMO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31-08-2020 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

[x] *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 31.08.2020 *Firma del dipendente* [signature]

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione allo svolgimento di attività professionali ai sensi dell'art. 15, c. 1, lett. c), del d.lgs. 33/2013	03/10/2017	01	Pagina 1 di 1

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BRAMBILLA GIULIA
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico):
PSICOLOGA LIBERO PROFESSIONISTA
con decorrenza dal 01.01.2022 AL 31.12.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- □ di non svolgere attività professionale;
- ☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione)

- CENTRO POLISPECIALISTICO DI VIMERCATE (STUDIO PRIVATO)
- STUDIO LUSIS, VIA ROVANI –MILANO (STUDIO PRIVATO)
- CENTRO CARDUCCI 19, VIA CARDUCCI – MILANO (STUDIO PRIVATO)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 04.01.2022 **IL DICHIARANTE F.TO GIULIA BRAMBILLA**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BRAMBILLA GIULIA

nato/a a VIMERCATE il 28.05.1988 C.F. BRMGLI88E68M052H

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

PSICOLOGO- DISCIPLINA DI PSICOTERAPIA NELL'AMBITO DEL PROGETTO "CASE DI COMUNITA'

con decorrenza dal 11.07.2022 al 10.01.2023 (EVENTUALMENTE ESTENDIBILE PER ALTRI 6 MESI)

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

- Fondazione Soleterre (Collaborazione LP)
- Studio privato Carducci19, MILANO (Collaborazione LP)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 11.07.2022 **IL DICHIARANTE F.TO GIULIA BRAMBILLA**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☑ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BRAMBILLA GIULIA

nato/a a _

residente - _

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

PSICOLOGA Libero Professionista

con decorrenza dal 29.03.2021 al 31.12.2021 (40 settimane di attività)

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio) presso

Centro Polispecialistico di Vimercate (Studio privato) via Passirano 32

Studio Lucis, via Rovani 11 MILANO (" ")

Centro CARDUCCI 19, via Carducci 19 MILANO (" ")

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 17/03/21 IL DICHIARANTE Giulia Brambilla

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BRUSATI ANGELA CARMELA
nato/a a [redacted] il [redacted] C.F. [redacted]
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
Infermiere in libera professione
con decorrenza dal 13/3/2018 al 31/04/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

di non svolgere attività professionale;

di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 16/03/2018 IL DICHIARANTE Angela Carmela Brusati

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a FILIPPO MARIA BIANCA
nato/a a TIENA il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO VACCINATORE ASL
con decorrenza dal 22/01/2021 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 22/01/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BRUNETTI SARA MARINA
nato/a a MILANO il 30/12/1976 C.F. BRNSRA76T70F205C
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGO nell'AMBITO DI PROGETTI REGIONALI INNOVATIVI DI SALUTE MENTALE con decorrenza dal 15/12/2016 31/12/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  - PSICOLOGA DIPENDENTE PRESSO AZIENDA SPECIALE AZALEA LEGNANO
  - PSICOLOGA CONSULENTE PRESSO COOP. SOC. DIAPASON, MILANO

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26/11/20 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Vimercate

U.O.C. Risorse Umane

OD_ENT_201710_116118

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a FABIO GARAVAGLIA

nato/a a MILANO il 25/12/1984 C.F. GRVFBA84T25F205P

residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

con decorrenza dal 1/9/19 al 29/2/20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

ODONTOIATRA PRESSO ASST SANT. ANNA VARESE VIA TRIESTE

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

ODONTOIATRA PRESSO ASST SANT. ANNA VARESE

ODONTOIATRA PRESSO IST. ISTITUTO ORTOPEDICO GALEAZZI VIA M. MILANO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 1/9/2019 IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a FABIO BRUSAMOLINO

nato/a a MILANO il 25/12/1984 C.F. BRSFBA84T25F205A

residente a [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO LIBERO PROFESSIONALE PER SOSTITUZIONE A.N.A. CORNIGLIA

con decorrenza dal 01/11/17 al 31/12/17

sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale,
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE PRESSO LA PROPRIA LIBERA PROFESSIONALE PRESSO LA SEDE LEGALE STUDIO DOMICILIARE MILANO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa,
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente",
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data
VARESE, 19/10/2017

Firma
(per esteso e leggibile)

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a FABIO BRUSAMOLINO
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico):
INCARICO LIBERO PROFESSIONALE PER ODONTOIATRIA SERVIZIO DI ODONTOIATRIA SPECIALE OSPEDALE CARATE B.ZA
con decorrenza dal 09.03.2022 AL 08.03.2023

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- □ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☑ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

ASST SETTE LAGHI (INCARICO LIBERO PROFESSIONALE)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- □ di non svolgere attività professionale;
- ☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione)

- ODONTOIATRA LIBERO PROFESSIONISTA
- ISTITUTO STOMATOLOGICO MILANO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 09.03.2022 **IL DICHIARANTE F.TO FABIO BRUSAMOLINO**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a FABIO GROSSANO

nato/a a MILANO il 25/12/1964 C.F. GRSFBA 64T25F205P

residente a [redacted] Via [redacted] 13 Tel. [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

con decorrenza dal 01.11.19 al 29.02.20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

X di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

DIRIGENTE MEDICO PRESSO SANT. VARESE VIA DUNANT, VIA T. ANSELMO

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DIRIGENTE MEDICO 1° LIVELLO ISTITUTO ORTOPEDICO GALEAZZI VIA C. MILANO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 14/10/19 IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

X *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ALICE BRUSCAGNI
nato/a a DESIO (MI) il 03/05/1984 CF. BRSLCA84E43D286M
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
UBALDO PROFESSIONALE
con decorrenza dal 01/01/2018 al 31/12/2018

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

ASST LECCO - UBALDA PROFESSIONISTA PSICOLOGA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 22/01/2018 **IL DICHIARANTE**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [x] *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 22/01/2018 *Firma del dipendente* [signature]

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ALICE BRUSCHINI
nato/a a DESIO (MB) il 03/05/1984 C.F. BRSLCA84E43D286M
residente a * _____ Via _____ Tel
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGO NELL'AMBITO DEI PROGETTI INNOVATIVI DI SALUTE MENTALE con decorrenza dal 01/01/2018 al 31/12/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [ ] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [X] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

CONTRATTO LIBERO PROFESSIONALE DI PSICOLOGA C/O ASST LECCO DAL 01/11/2017 AD OGGI

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

PSICOLOGA PSICOTERAPEUTA PRESSO L'EQUIPE MESOLIMBICA CON SEDE A INTERCATENA(MB) IN VIA I GIUGNO 1 CON N. 10 DA SETTEMBRE 2014 AD OGGI

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26/12/2017 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

[ ] *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Vimercate

U.O.C. Risorse Umane

QD_ENT_201710_116118

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ALICE BANSCHINI

nato/a a DESIO il 03/05/1984 C.F. BNSLCA84E43D286M

residente a [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

INCARICO LIBERO PROFESSIONALE DEL LAUREATO IN PSICOLOGIA con decorrenza dal 01/01/21 al 31/12/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

ASST DI LECCO, INCARICO LIBERO PROFESSIONALE PRESSO L'UNITÀ OPERATIVA PSICOLOGIA ALL'INTERNO DEL PROGETTO REGIONALE 'COVID'

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

PSICOLOGA PRESSO LA PSICOLOGIA E PSICOTERAPIA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 04/01/2021 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 04/01/2021 *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ALICE BRUSCAINI
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico):
INCARICO LIBERO PROFESSIONALE PER ATTIVITA' DI PSICOLOGO
con decorrenza dal 01.01.2022 AL 31.12.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- □ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☑ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

ASST DI LECCO (INCARICO LIBERO PROFESSIONALE)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- □ di non svolgere attività professionale;
- ☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione)

- METAEVOLUTIVA STUDIO DI PSICOLOGIA E PSICOTERAPIA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 04.01.2022 **IL DICHIARANTE F.TO ALICE BRUSCAINI**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Vimercate

U.O.C. Risorse Umane

CID_ENT_201710_116119

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BUCICOVSCHI ANGELO
nato/a a CARBONIA (SARDEGNA) il 05.05.76 C.F. BCCNGL76E45Z140V
residente [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
medico presso pediatria e neonatologia
(CARBONIA SARDEGNA) con decorrenza dal 05.07.19
libero professione

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
reparto pediatria e neonatologia
Ospedale Mazzoni Pesaresi, Jesi (AN)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia od eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 05.07.19

IL DICHIARANTE Bucicovschi

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BUFFA NICOLE
nato/a a [redacted] Il 03/05/1990 C.F. BFFNCL90E43F205H
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGA
con decorrenza dal 01/01/2018 al 31/12/2019

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

PSICOLOGA L.P. PER STUDIO PRIVATO, via GRAMSCI n° 39 LISSONE (MB)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 04/01/2019 IL DICHIARANTE Nicole Buffa

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 4/1/19 *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a NICOLE BUFFA
nato/a a MILANO il 03/05/1990 C.F. BFFNCL90E43F205H
residente a _____ Via _____ Tel _____
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGA LIBERA PROFESSIONISTA NELL'AMBITO DEI PROGETTI INNOVATIVI DI SALUTE MENTALE con decorrenza dal 1/1/20 al 31/12/20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

□ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

□ di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

PSICOLOGA PRESSO STUDI PRIVATI LISSONE, ARESE

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/12/2019 IL DICHIARANTE Nicole Buffa

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

□ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a NICOLE BUFFA
nato/a a MILANO il 03/05/1990 C.F. BFFNCL90E43F205H
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) :
di PSICOLOGA LP NELL'AMBITO DEI PROGETTI INNOVATIVI DI SALUTE MENTALE con decorrenza dal 01/01/21 al 31/12/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  STUDI PRIVATI (Lissone; Arosio) - PSICOLOGA LIBERO PROFESSIONISTA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/12/20 IL DICHIARANTE Nicole Buffa

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:
☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

[x] *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a NICOLE BUFFA
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico):
PSICOLOGA LIBERO PROFESSIONISTA – PROGETTI INNOVATIVI
con decorrenza dal 01.01.2022 AL 31.12.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

□di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

□ di non svolgere attività professionale;

☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione)

- PSICOLOGA LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO STUDI PRIVATI

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31.12.2021 **IL DICHIARANTE F.TO NICOLE BUFFA**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a _____NICOLE BUFFA_____

nato/a a MILANO C.F. BFFNCL90E43F205H

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

PSICOLOGA LIBERA PROFESSIONISTA NELL'AMBITO DELLA PROGETTUALITA' DELLE CASE DI COMUNITA'

con decorrenza dal 11/07/2022 al 10/01/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

PSICOLOGA L.P. PROGETTI INNOVATIVI REGIONALI (PROGETTO G020) PRESSO ASST BRIANZA

PSICOLOGA LP PRESSO STUDI PRIVATI

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 29/07/2022 **IL DICHIARANTE F.TO NICOLE BUFFA**

_____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

✓*l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a FRANCESCO BONAMORE

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

CP

con decorrenza dal 07/05/2021 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☑ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 07/05/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 7/5/2021 *Firma del dipendente* _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BUONO LUIGI

nato/a a _____

residente a _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE CP

con decorrenza dal 22/4/2021 al 30/6/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 22/4/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

- [x] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CHIARA BURBA

nato/a a _____

residente a _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

USMATE VELATE

con decorrenza dal _____ al _____

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26/07/24 IL DICHIARANTE Chiara Burba

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

- [X] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CHIARA BURBI
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico):
TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA – PROGETTI INNOVATIVI
con decorrenza dal 01.01.2022 AL 31.12.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

□di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

□ di non svolgere attività professionale;

☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione)

- TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 04.01.2022 **IL DICHIARANTE F.TO CHIARA BURBI**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BUSCEMI PAOLO nato/a a _____ il _____

_____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) MEDICO VACCINATORE con decorrenza dal 16/12/2021 al 30/06/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  - SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN RADIODIAGNOSTICA
  - CONTINUITA' ASSISTENZIALE-SOSTITUZIONE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30/05/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO BUSCEMI PAOLO

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

X/la sottoscritto/a SILVIA BUSNELLI
nato/a a _____ il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INFERMIERE VACCINATORE LP
con decorrenza dal 12/07/2021 al 30/09/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

INFERMIERA LP PRESSO COOPERATIVA LA MERIDIANA, FONDAZIONE DON ANGELO BELLANI, RSA CASA CAMBIAGHI

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 12/07/2021 **IL DICHIARANTE** Silvia Busnelli

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 12/07/2021 *Firma del dipendente* Atto

- [ ] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CAIRONE CRISTINA

nato/a a [redacted]

residente a [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE

con decorrenza dal 15/06/21 al 13/09/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

Medico Penitenziario per ASST Santi Paolo Carlo Milano

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 25/05/2021 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Marchesi Roberta

Data 25/05/2021 *Firma del dipendente* [signature]

- [ ] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione allo svolgimento di attività professionali ai sensi dell'art. 15, comma 1, lett. c), del D.Lgs. n. 33/2013	16/02/2021	01	Pagina 1 di 1

IL RESPONSABILE
S.C. Direzione Medica di Presidio Area Penitenziaria

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CALCINATI MARTA nato/a a _____ il _____

_____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) PSICOLOGO-PSICOTERAPEUTA con decorrenza dal 19/04/2022 al 09/12/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  - CENTRO SYNESIS (CARNATE, ARCORE, MONZA)
  - CENTRO EVOLUTIVAMENTE (MONZA)
  - INTERVENTI PRIVATI-DOMICILIARI

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 04/04/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO CALCINATI MARTA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LAURA CALLONI
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico):
ATTIVITA' DI PSICOLOGO NELL'AMBITO DEI PROGETTI REGIONALI INNOVATIVI DI SALUTE MENTALE
con decorrenza dal 25.01.2022 AL 31.12.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

□di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

□ di non svolgere attività professionale;

☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione)

- STUDIO PATAT – PSICOLOGA PSICOTERAPEUTA
- STUDIO PRIVATO – PSICOLOGA PSICOTERAPEUTA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 20.01.2022 **IL DICHIARANTE F.TO LAURA CALLONI**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LAURA CALLONI
nato/a a VIMERATE il 11.03.1985 C.F. CLLLRA85C51M052S
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
Psicologo nella disciplina di Psicoterapia nell'ambito della progettualità "Case di Comunità"

con decorrenza dal 11.07.2022 al 10.01.2023

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  PSICOLOGA PSICOTERAPEUTA – STUDIO PRIVATO
  PSICOLOGA PSICOTERAPEUTA – STUDIO PATAT

DICHIARA INOLTRE

- ☑di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 11.07.2022 **IL DICHIARANTE** F.TO Laura Calloni

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

✓*l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CALORO ELENA nato/a a _____ il _____

_____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) MEDICO VACCINATORE con decorrenza dal 17/01/2022 al 31/03/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  MEDICO VACCINATORE LP PRESSO SS PAOLO E CARLO ASST
  MEDICO VACCINATORE CONTRATTO COCOCO GRUPPO SAN DONATO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 17/01/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO CALORO ELENA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a GIAMMARCO CAMEDDA
nato/a a PESCIA il 12/07/1995 C.F. CMDGMR95L12G491
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO VACCINATORE L.P
con decorrenza dal 22/04/2021 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 22/04/2021 **IL DICHIARANTE** Giammarco Camedda

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a CAMPAGNOLI ELENA
nato/a a MERATE il 27/08/81, C.F. CMPLNE 81M67F133D
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) TERAPISTA DELLA NEURO E RIABILITAZIONE UNITÀ OPERATIVA EVOLUTIVA
con decorrenza dal 29/12/17 al 31/12/18
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio) DI NATURA AUTONOMA
  - presso lo studio "Fare, dire, pensare, insieme" Concorezzo (MB) come Terapista della Neuro e Psicomotricità
  - presso la sede dell'Istituto "Gaizie", S. Maria Hoè (LC) come Psicomotricista

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:
Bellusco Brianza
10/10/17

Firma
(per esteso e leggibile)
Elena Campagnoli

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a VALENTINA CAJNI

nato/a a _____ Il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

_____

con decorrenza dal 28.04.2021 al 30.09.2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

CONTINUITA' ASSISTENZIALE COME REPERIBILE

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 28.04.2021 **IL DICHIARANTE** Valentina Li

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

- [x] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CAPOZZI TERESA nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) CONTRATTO DILAVORO IN FORMA AUTONOMA PER LA CAMPAGNA VACCINALE IN QUALITA' DI INFERMIERE PROFESSIONALE con decorrenza dal 12/2021 al 30/06/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  - CONSULENTE INFERMIERISTICA STUDIO MEDICO PRIVATO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26/05/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO CAPOZZI TERESA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CAPPELLINI DENISE
nato/a a CARATE B.ZA il 29/9/92 C.F. CPPDNS92P69B972H
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
Terapista della neuropsicomotricità
con decorrenza dal 16/3/19 al 15/3/20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

/ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

di non svolgere attività professionale;

/ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

PSICOMOTRICISTA LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO:
1. Studio Personale con sede in Brolo
2. Associazione Stella Blu con sede in Muggiò
3. Scuola materna Carate Brianza tramite cooperativa Progetto A con sede

DICHIARA INOLTRE in Arcore (MB)

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 15/3/19 **IL DICHIARANTE** Denise Cappellini

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CAPPELLO DENISE
nato/a a CARATE BRIANZA il 29/09/92 C.F. CPPDNS92P69B729C
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
Terapista della neuropsicomotricità
con decorrenza dal 19/5/20 al 18/5/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

Terapista libero professionista presso STUDIO PERCORRERE (V.le Milano 193 Desio)
Terapista libero professionista presso ASSOCIAZIONE STELLA BLU (Via Manini 5 Muggio)

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 19/5/20 IL DICHIARANTE Denise Cappello

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CAPPELLUTI DENISE _____

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

TERAPISTA DELLA NEUROPSICOMOTRICITA'

con decorrenza dal 16.09.2021 _____ al 15.09.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

TERAPISTA DELLA NEUROPSICOMOTRICIA'PRESSO STUDIO PERCORRERE

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 10.08.2021 **IL DICHIARANTE F.TO DENISE CAPPELLUTI**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Cappelluti Denise
nato/a a Carate Brianza il 29.09.1992
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
Terapista della neuropsicomotricità- libera professione

con decorrenza dal 16.09.2022 al 15.09.2033

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

Terapista della neuropsicomotricità presso studio privato (studio Percorrere)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 15.09.2022 **IL DICHIARANTE F,TO DENISE CAPPELLUTI**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a CAPPELLO DENISE
nato/a a CARATE BRIANZA, il 29/09/92, C.F. CPPDNS92P69B729C
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
TERAPISTA DELLA NEUROPSICOMOTRICITÀ
con decorrenza dal 26/3/18 al 25/3/19
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

ISTITUTO COMPRENSIVO CARATE MANSIONI DI TERAPISTA della NEUROPSICOMOTRICITÀ
LIBERO PROFESSIONISTA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:

22/2/18

Firma
(per esteso e leggibile)

Denise Cappello

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CAPPUCCIO ANTONINO
nato/a a SIRACUSA il 10/04/1973 C.F. CPPNNN73D10I754V
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LIBERO PROFESSIONALE MEDICO DI PRONTO SOCCORSO
con decorrenza dal 04/01/2018 al 03/01/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio) CONTINUITÀ ASSISTENZIALE = SOSTITUZIONE MEDICI DI FAMIGLIA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 11/12/2018 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 11.12.18 *Firma del dipendente* [signature]

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a GAPPUCCIO ANTONINO
nato/a a SIRACUSA il 17/07/1973 C.F. GPPNNN73L17I754V
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO PRONTO SOCCORSO CASA CIRCONDARIALE
con decorrenza dal 01/01/2021 al 03/01/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [X] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio) CONTINUITÀ ASSISTENZIALE / SOSTITUZIONE MEDICO DI FAMIGLIA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 03/01/2021 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 03/01/2021 *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CARONNI NADIA MARIA , nata a Seregno Il 17/04/1971 C.F. CRNNMR71D57I625T
In relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

NATURA LIBERO PROFESSIONALE -DISCIPLINA DI GERIATRIA
con decorrenza dal 17/06/2022 AL 16/12/2022
sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

-LIBERO PROFESSIONALE: CONSULENTE GERIATRA : RSA "IL Parco"-Carate B.za -COOPER. SOCAILAE ONLUS

- LIBERO PROFESSIONALE: MEDICO DI REPARTO: RSA "San Francesco"- Nova M.se -SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 19/06/2022 **IL DICHIARANTE NADIA MARIA CARONNI**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a GIOVANNI CARGANI
nato/a a MILANO il 11/06/1990 C.F. CRGGNN90H11F205W
residente a
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
COLLABORAZIONI COORDINATA E CONTINUATIVA
con decorrenza dal 1/5/21 al 31/7/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 06/05/2021 IL DICHIARANTE Giovanni Cargani

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a GIOVANNI CARGANI
nato/a a MILANO il 11/06/1990 C.F. CRGGNN90H11F205W
residente a
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
COLLABORAZIONI COORDINATA E CONTINUATIVA
con decorrenza dal 1/5/21 al 31/7/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 06/05/2021 IL DICHIARANTE Giovanni Cargani

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Regione Lombardia
ASST Vimercate

U.O.C. Risorse Umane

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a SILVIA CARRARA

nato/a a ALZANO L.DO il 11/07/1981 CF CRRSLV81L51A246E

residente a [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

LOGOPEDISTA NEL PROGETTO "DIRE FARE GIOCARE"

con decorrenza dal 1.1.17 al 31.12.17

sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

LOGOPEDISTA LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO STUDIO LOGOS, PIAZZA MARCONI 30, VIMERCATE (MB)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data

Usmate, 30.10.17

Firma
(per esteso e leggibile)

Silvia Carrara

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

Scanned by CamScanner

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CASATI GIULIA nato/a a _____ il _____
_____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) COLLABORAZIONE LIBERO-PROFESSIONALE PER ATTIVITA' VACCINALE ANTI COVID 19 con decorrenza dal 16/12/2021 al 30/06/2021
sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN PEDIATRIA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 27/05/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO CASATI GIULIA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CASATI GIULIA nato/a a _____ il _____

_____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) LIBERO PROFESSIONISTA PER ATTIVITA' VACCINALE con decorrenza dal 23/04/2021 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  MEDICO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE – INCARICO PROVVISORIO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 23/04/2021 **IL DICHIARANTE** F.TO CASATI GIULIA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CASATI MATTEO
nato/a a MARIANO C.SE il 29/9/90 C.F. CSTMTT90P29E955L
residente a
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
CO. CO. CO
con decorrenza dal 1/5/21 al 31/7/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (Indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [X] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 6/5/21 **IL DICHIARANTE**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ANNA CASTENUOVO _____

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

PSICOLOGO NELL'AMBITO DEI PROGETTI INNOVATIVI DI SALUTE MENTALE

con decorrenza dal 03.05.2021 _____ al 31.12.2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

COMUNITA' TERAPEUTICA PSICHIATRICA "CASA CIMA" PRIVATA CONVENZIONALTA; LIBERA PROFESSIONEOP.NOTTURNO

STUDIO AVVOCATO A.R.P., LIBERA PROFESSIONE CONSULENZE X VALUTAZIONI DIAGNOSTICHE/COLLOQUI

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 29.03.2021 **IL DICHIARANTE F.TO ANNA CASTELNUOVO**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ANNA CAPPELLUCCIO

nato/a a [redacted]

residente a [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGO NELL'AMBITO DEI PROGETTI INNOVATIVI DI SALUTE MENTALE

con decorrenza dal _____ al _____

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  - COMUNITÀ TERAPEUTICA PSICHIATRICA "CASCINA", PRESTAZIONE CONVENZIONATA; LIBERA PROFESSIONE OPPURE
  - STUDIO ASSOCIATO A.R.P, LIBERA PROFESSIONE CONSULENZE x VALUTAZIONI DIAGNOSTICHE/colloqui

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 29.03.2021 IL DICHIARANTE Anna Cappelluccio

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☑ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Vimercate

U.O.C. Risorse Umane

QD_ENT_201710_116118

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a CATTANEO Matteo

nato/a a MONZA, il 16/09/1986, C.F. CTTMTT86P16F704C

residente [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

INCARICO DI MEDICO - LIBERO PROFESSIONALE - C/O UOC CURE PRIMARIE

con decorrenza dal 20/02/18 al 20/02/2019

sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti 12.3.18 al 11.3.19

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

SOSTITUZIONE MEDICO DI MEDICINA GENERALE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:

Vimercate, 20/2/2018

Firma
(per esteso e leggibile)

Matteo Cattaneo

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CATANZARO MATTEO

nato/a a MONZA il 16/09/86 C.F. CTNMTT86P16F704C

residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO DIRIGENTE PSICHIATRA UOC CURE PRIMARIE

con decorrenza dal 25/3/19 al 25/03/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

SOSTITUTO MEDICO DI MEDICINA GENERALE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 25/03/2019 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MATTEO CATTANEO _____

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO LIBERO PROFESSIONISTA – U.O.C. CURE PALLIATIVE

con decorrenza dal 24.03.2020 _____ al 23.03.2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

SOSTITUZIONE MEDICO DI MEDICINA GENERALE

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 21.03.2020 **IL DICHIARANTE F.TO MATTEO CATTANEO**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CATANZARO MATTEO

nato/a a __

residente a

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO - U.O.S.D. PROFESSIONALITÀ - U.O.C. CURE PALLIATIVE

con decorrenza dal 25/03/2014 al 31/03/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE DI SOSTITUZIONE MEDICI DI MEDICINA GENERALE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 17/03/2021 IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1. LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ASTRID SOFIA CAVENAGHI
nato/a a MILANO il 26/02/1993 C.F. CVN SRD 93B66F205Z
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO
con decorrenza dal 1/12/2020 al 31/05/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

CONTACT TRACING - ATS MILANO, CONTINUITÀ ASSISTENZIALE - ASST MELEGNO, DOCENTE BLS - SIRIO SRL, DOCENTE BLS - ASSOCIAZIONE SALUTE E SOLIDARIETÀ

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26/11/2020 IL DICHIARANTE Astrid Sofia Cavenaghi

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CEOLON MARINA
nato/a a _____ il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
OSTETRICA PER ATTIVITÀ VACCINALE CO.CO.CO
con decorrenza dal 12/5/2021 al 31/7/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

OSTETRICA presso ente privato
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 10/5/2021 **IL DICHIARANTE** Ceolon Marina

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 10/5/2021 ***Firma del dipendente*** _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CERAVOLO ISABELLA nato/a a _____ il _____

_____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) VACCINAZIONE COVID con decorrenza dal 22/04/2021 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ✓ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

  _____
  _____
  _____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 22/04/2021 **IL DICHIARANTE** F.TO CERAVOLO ISABELLA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ELISA CRESCINI
nato/a a BERGAMO il 21-02-94 C.F. CRSLSE94B61D285O
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MAESTRO DI YOGA
con decorrenza dal 1/01/19 al 31/12/20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

OSTETRICA LIBERA PROFESSIONISTA SUL TERRITORIO DI MONZA BRIANZA, IN PARTICOLARE CASATE BRIANZA. SEDE A CALUSCO D'ADDA PRESSO IL CENTRO MATERNO INFANTILE YOUECO IL CENTRO "CAMBIAMENTI" DI VALMADRERA (LECCO).

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 21/12/18 **IL DICHIARANTE** [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 21.12.18 *Firma del dipendente* [signature]

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ELISA GERIOLI
nato/a a DESIO il 24-02-94 C.F. GRLLSE94B64D285U
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MAESTRO DI YOGA
con decorrenza dal 1/01/19 al 31/12/20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

OSTETRICA LIBERA PROFESSIONISTA SUL TERRITORIO DI MONZA BRIANZA, IN PARTICOLARE CARATE BRIANZA. SEDE A CARATE B.ZA PRESSO IL CENTRO MATERNO INFANTILE "YULÈ" E C/O IL CENTRO "CAMBIAMENTI" DI VALMADRERA (LECCO).

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 21/12/18 **IL DICHIARANTE** [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 21.12.18 *Firma del dipendente* [signature]

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MAIRA CHIARELLI SERRA
nato/a a MOGI GUACU - BRASILE il 28/03/1988 C.F. CHRMRA88C68Z602M
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO LIBERO PROFESSIONALE MEDICO PSICHIATRA PER IL SERVIZIO DIPENDENZE NOA VIMERCATE con decorrenza dal 01/06/2020 al 31/05/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [X] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 25/05/2020 IL DICHIARANTE Maira Chiarelli Serra

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 25/05/2020 *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a PIETRO CHESI
nato/a a [redacted] il [redacted] C.F. [redacted]
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
incarico per potenziamento sostituzioni in relazione a emergenza COVID-19
con decorrenza dal 25.03.20 al 24.05.2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  anestesia presso Multimedica di Sesto S. G. (MULTIMEDICA)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 23/3/20 **IL DICHIARANTE** [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 23.03.2020 *Firma del dipendente* [signature]

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a FRANCESCA CHIODINI
nato/a a MILANO il 16/6/90 C.F. CHDFNC90H56F205L
residente a [redacted] Via [redacted] Tel [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
EDUCATRICE PROFESSIONALE
con decorrenza dal _____ al 31/12/2019

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
PSICOLOGA PRESSO POLIAMBULATORIO CONSORZIO SOLE - ANGELO BELLINI

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 18/1/19 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

[X] *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 18/01/19 *Firma del dipendente* [signature]

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CHIRICO FRANCESCA
nato/a a VIMERCATE il 08/10/1990 C.F. CHRFNC90R48M052S
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LIBERO PROFESSIONALE DI PSICOLOGO
con decorrenza dal 28/01/19 al 31/12/19

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

PSICOLOGA LIBERA PROFESSIONISTA PRESSO:
- SYNESIS, CENTRO DI PSICOLOGIA
- STUDIO ANCORA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 28/01/19 IL DICHIARANTE Chirico Francesca

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 28/01/19 *Firma del dipendente* [signature]

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CHIRICO FRANCESCA
nato/a a VIMERCATE (MB) il 5/11/1990 C.F. CHRFNC90R45M052S
residente a [redacted] Via [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO DI NATURA LIBERO-PROFESSIONALE PER PSICOLOGO NELL'AMBITO DI PROGETTI INNOVATIVI DI SALUTE MENTALE con decorrenza dal 01/01/20 al 31/12/20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- di non svolgere attività professionale;
- di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

PSICOLOGA LIBERO-PROFESSIONISTA
- SYNESIS CENTRO DI PSICOLOGIA - SEDE CARNATE, VIA PALE M
- STUDIO ANCORA - SEDE CAMONICA DI MAPP, VIA VERDI 4

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/12/19 IL DICHIARANTE Chirico Francesca

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:
☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CHIRICO FRANCESCA nato/a a _____ il _____

_____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) PSICOLOGO-PROGETTI INNOVATIVI DI SALUTE MENTALE con decorrenza dal 01/01/2022 al 31/12/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ✓ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  PSICOLOGA SCOLASTICA PRESSO IC RODARI SEREGNO, IC CONFALONIERI MONZA, IC BARZANO'

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  - ENTE PRIVATO: SYNESIS CENTRO DI PSICOLOGIA CLINICA
    SOCIETA': STUDIO ANKORA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 01/01/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO CHIRICO FRANCESCA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a CLAUDIO MASSIMILIANO CANFAGLIONE
nato/a a SOMMA LOMBARDO, il 22.7.70, C.F. CNFCDM70L22I879Z
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO LIBERO PROFESSIONISTA PER LE CURE PALLIATIVE
con decorrenza dal 13.11.18 al 31.3.19
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs: 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:
VIMERCATE 12.11.18

Firma
(per esteso e leggibile)
Claudio Canfaglione

D.P.R. 446/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a CLAUDIO MASSIMILIANO CIANFAGLIONE
nato/a a SOMMA LOMBARDO, il 22-7-70, C.F. CNFCDM70L22I812Z
residente a [redacted] (Prov.) in Via [redacted] n. c.a.p. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LIBERO-PROFESSIONALE DI MEDICO SPECIALISTA PER UOCURE PALLIATIVE con decorrenza dal 01-04-19 al 31-03-20
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs: 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:

VIMERCATE 01.04.19

Firma
(per esteso e leggibile)

Claudio Cianfaglione

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CIMICCHI CLAUDIO

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE CD COVID.

con decorrenza dal 11/06/2021 al 31/07/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☑ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 11/06/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1 D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 11/06/2021 *Firma del dipendente* _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MARINA CHIOCCA

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE Co.Co.Co.

con decorrenza dal 28/04/2021 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☑ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data _____ **IL DICHIARANTE** Marina Chiocca

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☑ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ISABELLA CASTIGLIONI

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE COVID

con decorrenza dal 13/5/21 al 30/6/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☑ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 13/5/21 **IL DICHIARANTE** Isabella Castiglioni

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☑ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CASTELLAN ANDREA

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE CO.CO.CO

con decorrenza dal 29/04/21 al 30/06/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 29/04/21 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 29/4/2021 ***Firma del dipendente*** _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a GIULIO CASTANELLO

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

_____

con decorrenza dal 29/4/21 al 30/6/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☑ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 27/4/21 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☑ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CANNISTRACI ROSA

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

medico in collaborazione Co.Co.Co

con decorrenza dal 29/04/2021 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 29/04/2021 **IL DICHIARANTE** Rosa Cannistraci

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 29/04/2021 ***Firma del dipendente*** _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BRUNO ERICA

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE

con decorrenza dal 30/05/21 al 30/06/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

CO.CO.CO MEDICO TERAPIA INTENSIVA MILANO FIERA

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30/05/21 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 30/04/21 ***Firma del dipendente*** _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a EDOARDO BRAMBILLA
nato/a a _____ il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO VACCINATORE CO.CO.CO.
con decorrenza dal 30/09/21 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30/09/21 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 30/09/2021 *Firma del dipendente* _____

- [ ] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BOTTI MARA

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE CO CO CO

con decorrenza dal 30/04/2021 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30/04/2021 **IL DICHIARANTE** Mara Botti

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 30/04/2021 ***Firma del dipendente*** _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI

AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a VINCENZO CAMINO
nato/a a ENNA il 20-01-1978 C.F. CMNVCN78A20C342Z
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

_____
_____ con decorrenza dal _____ al _____

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [ ] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [x] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

ASL IMMES E PAT VIA TRIVULZIO 15 AZIENDA DI SERVIZI ALLA PERSONA LIBERO PROFESSIONALE MM. SOV.

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 10.09.2019 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CITERA' JESSICA
nato/a a CROTONE (KR) il 06-06-1990 C.F. CTRJSC90H46D122S
residente a _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LOGOPEDISTA LIBERO PROFESSIONALE - PROGETTI INNOVATIVI SALUTE MENTALE
con decorrenza dal 15/04/2021 al 31-12-2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
VALUTAZIONE E TERAPIA LOGOPEDICA PRESSO MONZA MEDICINA SRL
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 22/03/2021 **IL DICHIARANTE** Jessica Citera'

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☑ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CITTERIO PAOLA MARIA
nato/a a SEREGNO il 8/05/67 C.F. CTT PLA 67E48I625Y
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

con decorrenza dal 23/03/15 al 22/03/20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

MEDICO c/o RSA "FONDAZIONE G. BESANA" ONLUS - MEDA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 22/07/2019 IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a COLAFRANCESCO LUCA

nato/a a [illegible] il 11.05.1964 C.F. CLFLCU64E11F205D

residente a [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

attività di medico specialista nella disciplina di urologia

con decorrenza dal 02.11.2020 al 31.12.2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

LIBERA professione in diversi studi privati

Fisso 432 Piazza Garibaldi Melegnano

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26.10.2020 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a COLETTI SABINA
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico):
LIBERO PROFESSIONALE DIRIGENTE MEDICO DI ACCETTAZIONE E PRONTO SOCCORSO
con decorrenza dal 22.11.2021 AL 21.11.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

□di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☑ di non svolgere attività professionale;

□ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 19.11.2021 **IL DICHIARANTE F.TO COLETTI SABINA**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a COLETTI SABINA
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico):
LIBERO PROFESSIONALE DIRIGENTE MEDICO DI ACCETTAZIONE E PRONTO SOCCORSO
con decorrenza dal 22.11.2021 AL 21.11.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

□di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☑ di non svolgere attività professionale;

□ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 19.11.2021 **IL DICHIARANTE F.TO COLETTI SABINA**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

Salerno socio Sanitaria

Regione Lombardia

ASST Brianza

U.O.C. Risorse Umane

Ob Ref 201710 318

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____ CF _____

residente a _____ in _____ via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (specificare tipologia e denominazione dell'incarico)

_____

con decorrenza da _____ a _____

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/Società/Studio)

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30/5/22 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, essendo da farsi ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata e ricevuta dagli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 30/5/22 *Firma del dipendente* _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Titolo Documento	Data	Versione	Pagina
Dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione e allo svolgimento di attività professionali ai sensi dell'art. 15, comma 1, lett. c), del D.Lgs. n. 33/2013	10/03/2021	01	Pagina 1 di 1

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CONAGHI PAOLA

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
ASSISTENTE SANITARIO PER CAMPAGNA VACCINALE

con decorrenza dal 12/07/2021 al 30/09/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☑ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 08/07/2021 **IL DICHIARANTE** Paola Conaghi

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a FRANCESCA COLNAGHI
nato/a a VIMERCATE il 6/9/74 C.F. CLN FNC 74P46 M052Z
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGA disciplina: PSICOTERAPIA
con decorrenza dal 1/1/2019 al 31/12/2019

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  STUDIO PRIVATO.

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 8/1/2019 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 8/1/2019 *Firma del dipendente* [signature]

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengano presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a FRANCESCA COLNAGHI
nato/a a VIMERCATE Il 6/9/1976 C.F. CLNFNC76P46M052Z
residente a [redacted] Via [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico).
ATTIVITÀ DI PSICOLOGO SPECIALISTA NELLA DISCIPLINA DI PSICOTERAPIA NELL'AMBITO DI PROGETTI REGIONALI INNOVATIVI con decorrenza dal 1/1/2018 al 31/12/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia od eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/12/2019 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a FRANCESCA COLNAGO _____

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

PSICOLOGO SPECIALISTA NELLA DISCIPLINA PSICOTERAPIA - PROGETTI REGIONALI INNOVATIVI SALUTE MENTALE

con decorrenza dal 01.09.2021 _____ al 31.12.2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

STUDIO PRIVATO C/O CENTRO IL MELOGRANO VIA CADORNA 12 VIMERCATE (MB)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 10.08.2021 **IL DICHIARANTE F.TO FRANCESCA COLNAGHI**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHEINENTIDIDIRITTOPRIVATOREGOLATIOFINANZIATIDALLAPUBBLICAAMMINISTRAZION

E

ALLO SVOLGIMENTO D IATTIVITÀ PROFESSIONALI

AI SENSI DELL'ART.15,COMMA 1,LETT.C),DELD.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art.47D.P.R.n.445/2000)

La sottoscritta FRANCESCA COLNAGHI nata a VIMERCATE il 6.9.1974 C.F. CLN FNC74P46M052Z in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di attività di psicologa, con incarico libero professionale, 24 ore settimanali Progetto di interventi territoriali in psichiatria e case di comunità ad alta intensità: un modello per l'integrazione e multidimensionalità nella fascia tardo giovanile del disagio psichico

_____

con decorrenza dal 18.7.2022 al 31.12.2022

sotto la propria responsabilità,consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R. de l28 Dicembre 2000 n.445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

Ai sensi dell'art.15,comma1, lettera c) del D.Lgs. n.33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dallaPubblicaAmministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dallaPubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, duratadell'incarico/carica,eventualecompenso)

  _____

  _____

  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☐ X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  studio privato via Cadorna 12/d Vimercate

  _____

  _____

  _____

DICHIARAINOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003, che idatipersonaliraccoltisarannotrattatiancheconstrumentiinformaticiesclusivamentenell'ambitodelprocedimento per il qualelapresentedichiarazionevieneresa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presentedichiarazionesaràpubblicata,incasodiconferimentodell'incarico,sulsitowebdell'ASSTdellaBrianzanell'appositasezione"*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambitodellapresentedichiarazione.

Data 30.6.2022 **ILDICHIARANTE Firmato Francesca Colnaghi**_____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21e38 del D.P.R.n.445/2000 senzaautenticazione della sottoscrizionein quanto:

✓l'*istanzaeladichiarazionesostitutivavengonopresentateunitamenteallacopiafotostaticadiundocumentod'identità(frontee retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a COLOMBO FRANCESCA nato/a a _____ il _____
_____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) MEDICO VACCINATORE con decorrenza dal 20/12/2021 al 31/03/2022
sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ✓ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

  _____
  _____
  _____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 07/02/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO COLOMBO FRANCESCA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a COLOMBO MARIA PAOLA nato/a a _____ il _____

_____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITÀ DELL'ETÀ EVOLUTIVA con decorrenza dal 18/08/2021 al 17/08/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  - TNPEE – L'ARCA SOC. COOP. SOC.
  - TNPEE – CENTRO SALUTE DGD
  - TNPEE – ASST BRIANZA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 17/08/2021 **IL DICHIARANTE** F.TO COLOMBO MARIA PAOLA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a COLOMBO MARIA PAOLA

nato/a a MILANO il 30/11/1993 C.F. CLMMPL93S70F205X

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA – INCARICO LIBERO PROFESSIONALE

con decorrenza dal 01/09/2022 al 31/08/2023

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

  TNPEE presso L'ARCA SOC.COOP.SOC. Come Liberoprofessionista
  _____
  _____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/08/2022 **IL DICHIARANTE F.TO COLOMBO MARIA PAOLA**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a COLOMBO MARIA PAOLA
nato/a a MILANO il 20-11-93 C.F. CLMMPL 93S70F205X
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva - LIBERO PROFESSIONALE con decorrenza dal 12/01/21 al 18/05/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

INPEE - L'ARCA - SOC. COOP SOC.
INPEE - CENTRO SALUTE - Studio Privato
INPEE - CONTESTO - Centro Studi e Formazione - Studio Privato

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 16/12/20 **IL DICHIARANTE** Maria Paola Colombo

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:
☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☑ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a PAOLO COLOMBO
nato/a a _____ il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO VACCINATORE L.P.
con decorrenza dal 29/4/2021 al 31-07-2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
LIBERO PROFESSIONISTA PEDIATRA

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 29/4/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 29/04/2021 ***Firma del dipendente*** _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CONCONI PAOLA
nato/a a _____ il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO VACCINATORE LP
con decorrenza dal 30/04/2021 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30/04/2021 **IL DICHIARANTE** Paola Conconi

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 30/04/2021 ***Firma del dipendente*** _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengano presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a NOEMI CHIRICHELLO

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

DI MEDICO VACCINATORE L.P.

con decorrenza dal 01/05/2021 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☑ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 28/04/2021 **IL DICHIARANTE** Noemi Chirichello

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☑ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CGRANOLO ISABELLA

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

VACCINAZIONE COVID

con decorrenza dal 22/04/21 al 30/06/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 22/04/21 IL DICHIARANTE Isabella Cgranolo

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CEOLA STEFANO
nato/a a VALDAGNO (VI) il 17/01/93 C.F. CESFN93A17L551L
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
CAMPAGNA VACCINALE
con decorrenza dal 30/06/21 al 30/06/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 5/1/21 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 5/1/21 ***Firma del dipendente*** _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CASATI GIULIA

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

LIBERO PROFESSIONISTA PER ATTIVITA' VACCINALE

con decorrenza dal 23/6/21 al 30/6/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

MEDICO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE - INCARICO PROVVISORIO

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 23/6/21 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CONDITO ANDREA ANGELO
nato/a a _____ il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) INCARICO DI COLLABORAZIONE PER ATTIVITA' VACCINALE con decorrenza dal 20/12/2021 al 30/06/2022
sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ✓ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

  _____
  _____
  _____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 27/05/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO CONDITO ANDREA ANGELO

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MARINA CORRADO
nato/a a MILANO il 16/03/1992 C.F. CRRMRN92C56F205E
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITÀ DELL'ETÀ EVOLUTIVA LIBERO PROFESSIONISTA con decorrenza dal 18/05/2020 al 17/05/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 13/05/2020 IL DICHIARANTE Marina Corrado

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BIANCA ELISA CORRO' nato/a a _____ il _____
_____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) MEDICO VACCINATORE LP con decorrenza dal 12/05/2021 al 30/06/2021
sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ✓ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

  _____
  _____
  _____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 12/05/2021 **IL DICHIARANTE** F.TO BIANCA ELISA CORRO'

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a VALENTINA COSTA
nato/a a NAPOLI il 27-12-1962 C.F. CSTVNT62T67F839I
residente [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO LIBERO PROFESSIONALE N. ASST V- 2014 - 0018951 con decorrenza dal 1/8/17 al 31/07/18
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE PRESSO CENTRO MEDICO SANTAGOSTINO (MILANO)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data: Milano 31-10-17

Firma (per esteso e leggibile)

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controlli emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CRESPI MARCO

nato/a a VIMERCATE il 28-03-62 C.F. CRSMRC62C28M052S

residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

ATTIVITA' DI ODONTOIATRIA

con decorrenza dal 24-9-19 al 28 02 2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

TITOLARE STUDIO ODONTOIATRICO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 19.09.2019 IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli artt.li 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CRESPI MARCO
nato/a a VIMERCATE il 28-03-1962 C.F. CRSMRC62C28M052S
residente a [redacted] Via [redacted] Tel.
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
NATURA LIBERO PROFESSIONALE PER 10 ORE SETTIMANALI PRESSO CENTRO ODONTOIATRICO SPECIALE - CARATE BRIANZA con decorrenza dal 1-3-2020 al 28-02-2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

PRESSO PROPRIO STUDIO ODONTOIATRICA CON SEDE IN VIA II Pdo, 20 CONCOREZZO MB

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 21-02-2020 IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CRESPI MARCO
nato/a a VIMERCATE il 28-03-1962 C.F. CRSMRC62C28M052S
residente a AGRATE B.ZA Via M.M. PANZERI 8/A Tel. 338 5458145
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO LIBERO PROFESSIONALE PRESSO CENTRO ODONTOIATRIA SPECIALE PRESIDIO CARATE B.ZA con decorrenza dal 09-03-21 al 08-03-22

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

ATTIVITÀ PROFESSIONALE PRESSO PROPRIO STUDIO ODONTOIATRICO
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 11-03-2021 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MARCO CRESPI _____

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

INCARICO LIBERO PROFESSIONALE ODONTOIATRIA SPECIALE DI CARATE BRIANZA

con decorrenza dal 09.03.2022 _____ al 08.03.2023

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

ATTIVITA' PROFESSIONALE PRESSO STUDIO DI PROPRIETA'

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 09.03.2022 **IL DICHIARANTE F.TO MARCO CRESPI**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CUZZOLA VALENTINA nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) INCARICO DI NATURA LIBERO PROFESSIONALE PSICOLOGO NELLA DISCIPLINA DI PSICOTERAPIA con decorrenza dal 23/05/2022 al 22/05/2023

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  PSICOLOGO/PSICOTERAPEUTA LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO STUDIO LOGOMIRABELLO VIA ARTURO COLAUTTI 1 MILANO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 05/05/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO CUZZOLA VALENTINA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Martina Damasco

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) Medico Vaccinatore CO.CO.CO.

con decorrenza dal 22/04/2021 al 30/069/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ✓ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 22/04/2021 **IL DICHIARANTE** F.TO Martina Damasco

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a DAMATO ARIANNA nato/a a _____ il _____

_____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) LIBERO PROFESSIONALE DI TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA con decorrenza dal 14/03/2022 al DICEMBRE 2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  ASST MELEGNANO E MARTESANA DI GORGONZOLA E CPS DI PIOLTELLO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 14/02/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO DAMATO ARIANNA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI

AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a D'ANDREA LORENZA
nato/a a MILANO il 29.4.76 C.F. DNDLNZ76D69F205H
[redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
DI NATURA LIBERO - PROFESSIONALE PER LE ATTIVITA' DI PRELIEVO NELLA DISCIPLINA DI PEDIATRIA con decorrenza dal 1.7.18 al 30.6.2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

STUDIO PRIVATO ("NUOVA TERAPEUTICO" MILANO e VIMERCATE)
CONVENZIONE PRESSO "NUOVO TERAPEUTICO" CENTRO CLINICO MILANO (VIA MILANI, 12)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 1.7.18 IL DICHIARANTE D'A

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a D'ANDREA LORENZA
nato/a a MILANO, il 29.4.76, C.F. DNDLNZ76D69F205H
residente [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGA LIBERO PROFESSIONISTA
con decorrenza dal 1/7/18 al 30/6/19
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  STUDIO PRIVATO E CONSULENZE PRESSO CENTRO CLINICO DEL "NUOVO TORNAVENTO" (MILANO)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs: 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data: VIMERCATE 25/6/18

Firma (per esteso e leggibile)
Lorenza D'Andrea

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a D'ANDREA LORENZA

nato/a a [redacted]

residente a [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) BIOLOGA LIBERA PROFESSIONISTA NEL PROGETTO AZIENDALE "SPECIFICITÀ E CONTINUITÀ NEI PERCORSI DI CURA NELLA PSICOPATOLOGIA DELL'ADOLESCENZA" con decorrenza dal 1.1.17 al 31.12.17

sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

BIOLOGA LIBERA PROFESSIONISTA PRESSO STUDIO PRIVATO A MILANO ("RUOLO TERAPEUTICO", MILANO) e STUDIO PRIVATO A VIMERCATE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data: VIMATE 31.10.17

Firma (per esteso e leggibile) Lorenzo D'Andrea

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a D'ANDREA LORENZA
nato/a a MILANO il 29/4/76 C.F. [redacted]
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO LIBERO PROFESSIONALE PSICOLOGO SPECIALISTA IN PSICOTERAPIA
con decorrenza dal 1/9/2020 al 31/8/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

LIBERA PROFESSIONE PRESSO STUDIO PRIVATO Via Milano 12 (MI) "CENTRO CLINICO IL RUOLO TERAPEUTICO"

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 1/9/20 IL DICHIARANTE Lorenza D'A

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SARA MARIA BICE D'ANIELLO
nato/a a DESIO il 14/06/1988 C.F. DNLSMR88H54D286G
residente a [redacted] Via [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

con decorrenza dal 08/05/2019 al 07/05/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [X] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

PSICOLOGO PSICOTERAPEUTA L.B. PRESSO STUDIO PRIVATO IN VIALE ROMAGNA 30 MONZA e CON STUDIO PRESSO "IMMOBILIARE BELCHI 2004 S.R.L." IN VIA FRATELLI BELCHI, 15 MILANO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 07/05/2019 IL DICHIARANTE Sara Maria Bice D'Aniello

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Vimercate

U.O.C. Risorse Umane

QD_ENT_201710_116118

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SARA MARIA BICE DANIELLO
nato/a a DESIO il 14/06/1968 C.F. DNLSMR68H54Z856
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGO NELLA DISCIPLINA DI PSICOTERAPIA IN REGIME DI LAVORO AUTONOMO PROFESSIONALE PRESSO SERVIZIO MPERIENZE con decorrenza dal 1/01/20 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

PSICOLOGO PSICOTERAPEUTA LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO STUDIO SITUATO IN VIALE ROMAGNA, 30 MONZA
PSICOLOGO PSICOTERAPEUTA LIBERA PROFESSIONISTA PRESSO STUDIO PRESSO IMMOBILIARE BEOLCHI 2004 S.r.l. IN VIA F.LLI BEOLCHI, 15 MILANO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 29/06/2020 **IL DICHIARANTE** Sara Maria Daniello

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:
☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Vimercate

U.O.C. Risorse Umane

QD_ENT_201710_116118

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SARA MARIA BICE DANIELLO
nato/a a DESIO il 14/06/1968 C.F. DNLSMR68H54D286G
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGO NELLA DISCIPLINA DI PSICOTERAPIA IN REGIME DI LAVORO AUTONOMO PROFESSIONALE PRESSO SERVIZIO DIPENDENZE con decorrenza dal 1/01/2016 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

PSICOLOGO PSICOTERAPEUTA LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO STUDIO SITUATO IN VIALE ROMAGNA, 30 MONZA
PSICOLOGO PSICOTERAPEUTA LIBERA PROFESSIONISTA PRESSO STUDIO PRESSO IMMOBILIARE BEOLCHI 2004 S.R.L. IN VIA F.LLI BEOLCHI, 15 MILANO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 29/06/2020 **IL DICHIARANTE** Sara Maria Daniello

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:
☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a D'Aniello Sara Maria Bice
nato/a a Desio (MB) il 14/06/1968 C.F. DNLSMR68H54D286G
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
Psicologo nella disciplina di Psicoterapia presso Servizio Dipendenze-N.O.A. di Seregno
con decorrenza dal 04/07/2022 al 03/06/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

  _____
  Psicologo Psicoterapeuta in regime di libera professione
  _____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 04/07/2022 **IL DICHIARANTE F.TO Sara Maria Bice D'Aniello**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

X l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a D'ANIELLO SARA MARIA BICE nato/a a _____ il _____
_____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) PSICOLOGO NELLA DISCIPLINA DI PSICOTERAPIA NOA DI SEREGNO con decorrenza dal 01/07/2021 al 30/06/2022
sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  PSICOLOGO PSICOTERAPEUTA LIBERO PROFESSIONISTA:
  - STUDIO VIALE ROMAGNA 30
  - STUDIO PRESSO IMMOBILIARE BEOLCHI S.R.L.

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 01/07/2021 **IL DICHIARANTE** F.TO D'ANIELLO SARA MARIA BICE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a D'Aniello Sara Maria Bice
nato/a a Desio (MB) il 14/06/1968 C.F. DNLSMR68H54D286G
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
Psicologo nella disciplina di Psicoterapia presso Servizio Dipendenze-N.O.A. di Seregno
con decorrenza dal 04/07/2022 al 03/06/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

  _____
  Psicologo Psicoterapeuta in regime di libera professione
  _____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 04/07/2022 **IL DICHIARANTE F.TO Sara Maria Bice D'Aniello**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☑ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a AGNESE ANTONIETTA D'ANTUONO
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico):
INCARICO LIBERO PROFESSIONALE PSICOLOGO – PROGETTI REGIONALI INNOVATIVI
con decorrenza dal 01.01.2022 AL 31.12.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

□di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

□ di non svolgere attività professionale;

☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione)

- LIBERA PROFESSIONE
- CONSULENZA PSICOLOGICA
- L'ARCA DI NOE' ONLUS.

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 02.01.2022 **IL DICHIARANTE F.TO AGNESE ANTONIETTA D'ANTUONO**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Brianza

U.O.C. Risorse Umane

DD_ENT_201710_118

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Agnese Antonietta D'Antuono

nato/a a

residente a

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

ATTIVITÀ DI PSICOLOGO NELL'AMBITO DEI PROGETTI INNOVATIVI DI SERVIZIO MENTALE

con decorrenza dal 15.04.21 al 31.12.21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

LIBERA PROFESSIONE ASSOCIATIVA ANA DI NIA ONLUS

INSEGNANTE DI SOSTEGNO ATENA IMPRESA SOCIALE S.R.L.

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 17/03/21 IL DICHIARANTE Agnese Antonietta D'Antuono

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengano presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione allo svolgimento di attività professionali ai sensi dell'art. 15, comma 1, lett. c), del D.Lgs. n. 33/2013	16/02/2021	01	Pagina 1 di 1

Scansionato con CamS

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a OSIANA DASHI
nato/a a FIER (ALBANIA) il 2/5/86 C.F. DSHRNS86E62Z100U
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

_____ con decorrenza dal 6/11/2020 al 31/12/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

Medico del lavoro libero professionista: MEDILABOR SAS, FORTIMED, CENTIMED, CONSULMED (ITALIA)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 27/10/2020 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 27/10/2020 *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ORIANA DASHI

nato/a a [redacted] il [redacted] C.F. [redacted]

residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

INCARICO LIBERO PROFESSIONALE

con decorrenza dal 19/3/2020 al 10/3/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

CONSULENZA COME MEDICO LIBERO PROFESSIONISTA C/O: MEDILABOR SAS di GALLARATE (VA) FORTIMED SRL di AZZANO SAN PAOLO (BG)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 12/3/2020 IL DICHIARANTE Oriana Dashi

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengano presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a DAVID ALEXANDRU
nato/a a CURTEA DE ARGES il 26/05/1984 C.F. DVDLND84E26Z129K
residente a [redacted] Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INFERMIERE LIBERO PROFESSIONISTA
con decorrenza dal 26/11/2020 al 15/05/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  INFERMIERE LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO FONDAZIONE EMILIA BOSIS - BERGAMO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 25/11/2020 IL DICHIARANTE X David Alexandru

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 25/11/2020 *Firma del dipendente* X David Alexandru

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MICHELA DE ANGELIS
nato/a a [redacted]
residente a [redacted] Via [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (indicare tipologia e denominazione dell'incarico)
INFERMIERA
con decorrenza dal 7/5/21 al 31/7/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
INFERMIERA IN LIBERA PROFESSIONE PRESSO COOPERATIVA SOCIALE SOCIOSFERA ONLUS

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26/04/2021 IL DICHIARANTE Michela De Angelis

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 7/05/21 *Firma del dipendente* Marchesi Roberta

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Sergio De Cillis

nato/a a ___

residente a ___

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

Psicologo - progetti innovativi salute mentale

con decorrenza dal 26.4.21 al 31.12.21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

Dosso Verde Milano - Psicoterapeuta; IPSI Milano Psicoterapeuta

Università Milano Bicocca - Cultore della Materia

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30.03.2021 **IL DICHIARANTE** Sergio De Cillis

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data ___ *Firma del dipendente* ___

- [X] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ANGELA DE LUCIA
nato/a a TERNI (TR) il 13/03/1996 C.F.
residente a
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
AMMINISTRATIVA PER ATTIVITA' DI CONTACT TRACING
con decorrenza dal al

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [X] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 08/01/2021 IL DICHIARANTE Angela De Luca

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ANGELA DE LUCIA

nato/a a _____

residente a _____

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

AMMINISTRATIVA PER ATTIVITA' DI CONTACT TRACING

_____ con decorrenza dal _____ al _____

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

X di non svolgere attività professionale;

di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 08/01/2021 IL DICHIARANTE Angela De Luca

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagine
Dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione allo svolgimento di attività professionali ai sensi dell'art. 15, c. 1, lett. c), del d.lgs. 33/2013	03/10/2017	01	Pagina 1 di 1

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LAURA DE POLO

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO SPECIALISTA DI OFTALMOLOGIA

con decorrenza dal 01.03.2021 _____ al 28.02.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- X di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

ATTIVITA' LIIBERO PROFESSIONALE PRESSO COB - BERGAMO

ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALKE PRESSO CASA DI CURA IGEA MILANO

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

AMBULATORIO S. MARTINO VIA CRESPI 28 CAPRIATE

POLIAMBULATORIO DIAGNOFIC, C.SO LODI 49 MILANO

CLINICA BLUE EYE, VIA TORRI BIANCHE VIMERCATE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 25.02.2021 **IL DICHIARANTE F.TO LAURA DE POLO**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ARIANNA DE VITTORIO
nato/a a [redacted]
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LIBERO PROFESSIONALE - PSICOLOGO NEI PROGETTI REGIONALI INNOVATIVI SALUTE MENTALE (ETIM)
con decorrenza dal 12/05/2021 al 31/12/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  - PSICOLOGA C/O SERVIZIO TUTELA MINORI, AZIENDA SPECIALE SOLE, DA 6/4/2020 AD OGGI 630 € AL MESE
  - PSICOLOGA C/O SERVIZIO MINORI E FAMIGLIA, AZIENDA SPECIALE ASSIEME, DA 1/12/2020 A 28/2/21 735 AL MESE

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  PSICOTERAPEUTA C/O STUDIO PRIVATO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 12/05/2021 **IL DICHIARANTE** [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a DE VITTORIO ARIANNA
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico):
PSICOLOGA PER PROGETTO REGIONALE DI PSICHIATRIA
con decorrenza dal 03.02.2022 AL 31.12.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

□di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☑ di non svolgere attività professionale;

□ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 03.02.2022 **IL DICHIARANTE F.TO ARIANNA DE VITTORIO**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ARIANNA DE VITTORIO
nato/a a GALLIPOLI il 23/01/1979 C.F. DVTRNN79B63D883O
residente a MILANO Via/P. CATERINA DA FORLI' Tel. 3406550852
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGA PER PROGETTO REGIONALE DI PSICHIATRIA
con decorrenza dal _____ al 31.12.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 3/2/22 IL DICHIARANTE Arianna De Vittorio

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 9/2/2022 *Firma del dipendente* _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a DEIANA VALENTINA MARIA nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) MEDICO VACCINATORE LP con decorrenza dal 27/04/2021 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  MEDICO USCA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 27/04/2021 **IL DICHIARANTE** F.TO DEIANA VALENTINA MARIA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MARIANNA DELLA TORRE
nato/a a MILANO il 16/02/70 C.F. DLLMNN70B56F205B
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MAESTRO DI OSTEOPATIA
con decorrenza dal 1/1/2019 al 31/12/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  VISITE PRESSO STUDIO PERSONALE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 16/11/18 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 16.11.18 *Firma del dipendente* [signature]

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a DELL'ABATE VALENTINA
nato/a a NARDO' (LE) il 01/02/1980 C.F. DLLVNT80B41F842T
residente a [redacted] (Prov. MB) in via [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
TECNICO AUDIOMETRISTA - LIBERO PROFESSIONISTA
con decorrenza dal 1/3/15 al 1/4/2018
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data: Vimercate 26/10/2017

Firma (per esteso e leggibile) Valentina Dell'Abate

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a DOTT.SSA DANIELA DELLEPIANE

nato/a a TORINO il 29/12/1964 . C.F. DLLDNL64T69L219Y

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

INCARICO LIBERO PROFESSIONALE

con decorrenza dal 1/7/2022 al .

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione,

Xdi svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

ASST BRIANZA: INCARICO LP COME CONSULENTE IN DIETOLOGIA

ISTITUTO AUDIOLOGICO ITALIANO INCARICO LP COME CONSULENTE IN DIETOLOGIA

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

Xdi svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazioneEnte/società/Studio)

OSPEDALE POLLICER BORMIO IP IN DIETOLOGIA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 1/7/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO DANIELA DELLEPIANE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a DI FRANCO GIUSEPPE
nato/a a NOVI LIGURE (AL) il 17/04/1952 C.F. DFRGPP52D17F965C
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
CONSULENZA LIBERO PROFESSIONALE DI PNEUMOLOGIA
con decorrenza dal 7.4.20 al 6.10.20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  CONSULENZA LIBERO PROFESSIONALE DI PNEUMOLOGIA
  PO ALLERGOLOGIA - ISTITUTO CLINICA ZUCCHI MONZA

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  CONSULENZA LIBERO PROFESSIONALE DI ALLERGOLOGIA
  - MEDICINA GENERALE - POLIMEDICA BRIANZA, RHODELLA
  FISIOCENTER, USMATE

DICHIARA INOLTRE

- ☒ di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- ☒ di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- ☒ di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/03/2020

IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a DI FRANCO GIUSEPPE
nato/a a [redacted]
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
CONSULENZA LIBERO PROFESSIONALE DI PNEUMOLOGIA
con decorrenza dal _____ al _____

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
CONSULENZA LIBERO PROFESSIONALE DI PNEUMOLOGIA
ED ALLERGOLOGIA - ISTITUTO CLINICA ZUCCHI MONZA

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
CONSULENZA LIBERO PROFESSIONALE DI ALLERGOLOGIA
- MONZA AGORA, MONZA. - POLIAMBULATORIO BRIANZA, RONCELLO
FISIOCENTER, USMATE

DICHIARA INOLTRE

- ☒ di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- ☒ di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- ☒ di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/03/2020

IL DICHIARANTE Giuseppe Di Franco

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Michela Di Pierro_____
nato/a a_____il_____C.F._____
residente a_____Via_____Tel._____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) Medico Vaccinatore CO.CO.CO.
con decorrenza dal 22/04/2021 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ✓ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

  _____
  _____
  _____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 22/04/2021 **IL DICHIARANTE F.TO. Michela Di Pierro**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a DI SAURO ALESSANDRO
nato/a a NAPOLI il 11/07/1988 C.F. DSRLSN 88L11 F839T
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LIBERO PROFESSIONISTA PER FAR FRONTE ALL'EMERGENZA COVID-19
con decorrenza dal 06/01/2021 al 03/07/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  SOSTITUTO MEDICO DI MEDICINA GENERALE PRESSO BREMBATE, DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE E CONTINUITA' ASSISTENZIALE, ATS BERGAMO

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  SOSTITUTO MEDICO DI MEDICINA GENERALE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data _____ IL DICHIARANTE Alessandro Di Sau

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:
☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ANNA DIDONI
nato/a a MILANO il 15/05/1979 C.F. DDNNNA79E55F205J
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) PSICOLOGO NELLA DISCIPLINA PSICOTERAPIA – PROGETTO MATAXA – INCARICO LIBERO PROFESSIONALE

con decorrenza dal 01/09/2022 al 01/09/2025

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

CONSULENTE PSICOLOGA PRESSO FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO – MILANO, DAL 01/01/2022 AL 31/12/2022,
COMPENSO TOTALE 324000€

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

- PRESSO IL MIO STUDIO PRIATO
- PSICOLOGA CONSULENTE PRESSO LE COMUNITA' DELLA SALUTE ODV

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 27/09/2022 **IL DICHIARANTE FIRMATO Anna Didoni**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a DOTT. DIVELLI GIOVANNI ALBERTO
nato/a a MONZA (MI) il 01/07/55 C.F. DVLGNN55L01F704M
residente a [redacted] in via [redacted] n. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
ATTIVITA' DI MEDICO DI NECROSCOPIA
DELIBERA N. 1137 DEL 12/12/16 con decorrenze dal 01/01/17 al 31/12/19
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

di non svolgere attività professionale;

di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
SIAS I.C. DI LECCO / ASST DI LECCO
MEDICINA LEGALE (NECROSCOPIA) / ASST DI LECCO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs: 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data: VIMERCATE, 26/10/2017

Firma (per esteso e leggibile) Divelli Giovanni Alberto

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SOBREA LAURA BIANA

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

INFERMIERE VACCINATORE L.P.

con decorrenza dal 12/07/21 al 30/09/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 9.07.2021 **IL DICHIARANTE** Sobrio Laura Biana.

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il sottoscritto MARA DORO nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA con decorrenza dal 01/01/2022 al 31/12/2022

Sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  TNPEE ASST RHODENSE
  TNPEE PAROLE E MOVIMENTO – STUDIO PRIVATO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 05/01/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO MARA DORO

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Mara Doro

nato/a a

residente a

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
TERAPISTA della NEURO E PSICOMOTRICITÀ DELL'ETÀ EVOLUTIVA

con decorrenza dal 26/07/2021 al 31/12/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
INPEF in regime libero professionale - COLLABORAZIONE presso Studio privato "PAROLE E MOVIMENTO" (Lainate in Via L. da Vinci 5

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26/07/2021 **IL DICHIARANTE** Mara Doro

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a DOSSI BIANCA nato/a a _____ il _____

_____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) MEDICO PER EMERGENZA COVID-19 con decorrenza dal 28/02/2022 al 30/06/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  - SOSTITUZIONI PERIODICHE DI MMG

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 21/02/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO DOSSI BIANCA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

Dichiarazione ai sensi dell'art. 15, comma 1, lett. c) del D.Lgs. n. 33/2013

Il/La sottoscritto/a GIULIANO DR. DROGO matr. _____

nato/a a SEREGNO (MB) il 21/05/1949

domiciliato per la carica a VIMERCATE (ASST VIMERCATE) (MB)

in via S.S. COSMA E DAMIANO, N° 10 in servizio presso

VOL - OST - GIN → CARATE BZA in qualità di COLLABORATORE A TITOLO GRATUITO

(Unità Operativa, ubicazione) (Dirigente, Medico, Direttore, Consulente)

consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445, con riferimento alla propria posizione e all'incarico professionale di:

COLLABORAZIONE A TITOLO GRATUITO

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000

☒ di NON svolgere incarichi o di NON essere titolare di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione o di NON svolgere attività professionali;

☐ di svolgere incarichi o di essere titolare di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione o di svolgere attività professionali, come di seguito elencato:

ATTIVITÀ PRIVATA PROFESSIONALE PRESSO IL PROPRIO STUDIO SITO IN SEREGNO (MB) VIA BALLERINI 26

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 27/02/2020

IL DICHIARANTE

Giuliano Drogo

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

FIRMA DEL DIPENDENTE

Data _____ _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a DUSI LUCA nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) COLLABORAZIONE PER L'ATTIVITà VACCINALE con decorrenza dal 20/12/2021 al 30/06/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ✓ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26/05/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO DUSI LUCA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a DANIELA CARLA MARIA ERMELLI
nato/a a MILANO il 16/06/1974 C.F. RMLDLG74H56F205O
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO DI NATURA LIBERO PROFESSIONALE, PER 28h/sett A MEDICO PER U.O.C. CURE PALLIATIVE con decorrenza dal 20/4/20 al 19/10/20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ✓ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 15/04/2020 IL DICHIARANTE Daniela Carla Maria Ermelli

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengano presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ESPOSITO GLORIA

nato/a a [illegible] il 21-12-1999 C.F. SPSGLR99T61D286M

residente a [illegible]

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

COCOCO

con decorrenza dal 19/11/2020 al 30/09/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 25/02/2021 **IL DICHIARANTE** Gloria Esposito

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☑ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ESPOSITO GLORIA

nato/a a [illegible] il 21-12-1999 C.F. SPSGLR99T61D158M

residente a [illegible]

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

COCOCO

con decorrenza dal 19/11/2020 al 30/09/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 25/02/2021 **IL DICHIARANTE** Gloria Esposito

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37 comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☑ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a GABRIELLA FERRO

nato/a a MONZA, il 29/08/1966 C.F. SPSGRL66M69F704H

residente a [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

PSICOLOGO U.S.M.D.P. MONZA.

con decorrenza dal 10/08/18 al 9/08/19

sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

STUDIO PRIVATO
CONSULENTE PER ORDINE
CONSULENTE PRESSO MONZA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:

18/07/2018

Firma
(per esteso e leggibile)

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a GARRIEVO ESPOSITO
nato/a a ROMA il 29-08-76 C.F. SPSGRL76M29F704H
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
CONSULENTE L. PROFESSIONALE SPECIALISTA DISCIPLINA PSICOTERAPIA DELL'U.O.C. di PRONTO SOCCORSO con decorrenza dal 10/08/20 al 09/08/22

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

PROCURA DELLA REPUBBLICA - CONSULENTE L. PROFESS. A CHIAMATA

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

CONSULENTE L. PROFESSIONALE PRESSO ASST MONZA
ATTIVITÀ PSICOLOGICA - PSICOTERAPEUTA PRESSO STUDIO PRIVATO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 07/08/20 IL DICHIARANTE Esposito

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a GABRIELLA ESPOSITO
nato/a a MONZA il 29/08/76 C.F. SPSGRL76M69F704H
residente a [redacted] Via [redacted] Tel [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
ATTIVITA' DI PSICOLOGO DISCIPLINA PSICOTERAPIA
con decorrenza dal 20/05/19 al 09/08/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  INCARICO LIBERO PROFESSIONALE PRESSO PRIVATA
  PER BIENNIO

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  LIBERO PROFESSIONISTA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 09/08/19 IL DICHIARANTE Esposito

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a FABRIS GIADA
nato/a a OLGIATE OL. il 11-12-11 C.F. FBRGDA91T51G002I
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LIBERO PROF. PRESSO CDF FARMACIA
con decorrenza dal 9/11 al 8/11/19
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs: 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data: 27/6/2018

Firma (per esteso e leggibile)

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MARCO FARINA
nato/a a GUSSAGO il 8-10-1990 C.F. FRNMRC90R08E051
residente a [redacted] Via [redacted] Tel [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LIBERA PROFESSIONE DI MASSAIO DI OSTEOPATIA
con decorrenza dal 1-01-2019 al 31-12-2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
ASSISTENTE AL VOLENTE, PUNTO CUNICO PRESSO ACCADEMIA ITALIANA MEDICINA OSTEOPATICA - SARONNO)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 7-12-2018 **IL DICHIARANTE** [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 7.12.18 *Firma del dipendente* [signature]

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MIRIAM FAUST
nato/a a SEGRATE (MI) il 05/09/1994 C.F. FSTMRM94P45I5470
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INFERMIERE PER CAMPAGNA VACCINALE REGIONE LOMBARDIA
con decorrenza dal 29/4/2021 al 31/07/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

CONTO DIPENDENTE TRAMITE COOPERATIVA EUROPA PRESSO U.O. SPOC PRESSO P. OSP. CONTO LIBERO PROFESSIONISTA TRAMITE COOPERATIVA AMBRA PRESSO U.O. MEDICINA CON PRESSO P. OSP. CINISELLO BALSAMO (OSPEDALE BASSINI)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 5/5/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Fernicola Federica

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

medico vaccinatore cococo

con decorrenza dal 5/5/21 al 30/6/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 5/5/21 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 5/5/21 ***Firma del dipendente*** _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MICHELA DI PIERRO
nato/a a _____ il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO VACCINATORE CO.CO.CO.
con decorrenza dal 22/06/21 al 30/06/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 22/06/21 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LAURA DE ROSA

nato/a a TRAVISO il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE CO.CO.CO

con decorrenza dal 26/04/2021 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

MEDICO SOSTITUTO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

MEDICO USCA

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26/04/2021 **IL DICHIARANTE** Laura De Rose

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 26/04/2021 *Firma del dipendente* _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MARTINA DAMASO

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE CO.CO.CO.

con decorrenza dal 22/4/2021 al 30/6/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 22/4/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 22/4/2021 ***Firma del dipendente*** _____

- [ ] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a TOMMASO CENI

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE COCOCO

con decorrenza dal 28-4-21 al 30-6-21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 28-4-21 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 28-4-21 ***Firma del dipendente*** _____

- [ ] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a COLOMBO PIETRO

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE CO-CO-CO

con decorrenza dal 08/06/21 al 31/07/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☑ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 08/06/21 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 08/06/21 ***Firma del dipendente*** _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a FERRARI STEFANIA nato/a a il

C.F.

residente a Via Tel.

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) PSICOLOGA L.P. PER IL PROGETTO "DIMISSIONI PROTETTE" con decorrenza dal 01/01/2022 al 31/12/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ✓ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  PSICOLOGA L.P. PRESSO ASST MONZA NEL PROGETTO "DIPENDE DA OCME MI ABBRACCI"

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  PSICOLOGA L.P. PRESSO STUDIO PRIVATO VIA GASLINI 162 MONZA (MB)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 07/01/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO FERRARI STEFANIA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

Dichiarazione ai sensi dell'art. 15, comma 1, lett. c) del D.Lgs. n. 33/2013

Il/La sottoscritto/a GIANMICHELE FERRARIO matr. //

nato/a a MILANO (MI) il 8 / 06 / 1952

domiciliato per la carica a VIMERCATE (MB)

in via SS. COSMA E DAMIANO in servizio presso

UOC NEFROLOGIA E DIALISI in qualità di CONSULENTE

(Unità Operativa, ubicazione) (Dirigente, Medico, Direttore, Consulente)

consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445, con riferimento alla propria posizione e all'incarico professionale di:

COLLABORATORE PROF.LE A TITOLO GRATUITO

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000

☒ di NON svolgere incarichi o di NON essere titolare di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione o di NON svolgere attività professionali;

☐ di svolgere incarichi o di essere titolare di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione o di svolgere attività professionali, come di seguito elencato:

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 15/06/2020

IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 15/06/2020

FIRMA DEL DIPENDENTE

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a FERRARIO LUCA
nato/a a BERGAMO il 05/11/1989 C.F. FRRLCU89S05A794G
residente a [redacted] Via [redacted] T[redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
ODONTOIATRA LIBERO PROFESSIONISTA
con decorrenza dal 20/09/19 al 29/02/20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

POLIAMBULATORIO MEDICO ODONTOIATRICO SRL - ODONTOIATRA LIBERO PROFESSIONISTA
POLIMEDICA VITRUVIO SRL - ODONTOIATRA LIBERO PROFESSIONISTA
BERGAMO UNO SRL - ODONTOIATRA LIBERO PROFESSIONISTA
MEDICAL EQUIPE SRL - ODONTOIATRA LIBERO PROFESSIONISTA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 18/09/2019 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a FERRARIO LUCA
nato/a a BERGAMO
residente a
in relazione
all'incarico di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) ODONTOIATRA LIBERO PROFESSIONISTA
con decorrenza dal 09/03/21 al 08/03/22

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

POLIAMBULATORIO MEDICO ODONTOIATRICO SRL - ODONTOIATRA L.P
POLIMEDICA VITRUVIO SRL - ODONTOIATRA L.P.
VERADENT CLINIC SRL - ODONTOIATRA L.P.
MEDICAL EQUIPE SRL - ODONTOIATRA L.P.

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 09/03/2021

IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a FERRARIO LUCA

nato/a a [illegible]

residente a [illegible]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

ODONTOIATRA LIBERO PROFESSIONISTA

con decorrenza dal 26/04/21 al 25/04/22

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

POLIMEDICA VITRUVIO SRL - ODONTOIATRA L.P.
POLIAMBULATORIO MEDICO ODONTOIATRICO SRL - ODONTOIATRA L.P.
MEDICAL EQUIPE SRL - ODONTOIATRA L.P.
VERADENT CLINIC SRL - ODONTOIATRA L.P.

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26/04/21

IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengano presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il sottoscritto Ferrario Luca
nato a Bergamo il 05/11/1989 C.F.FRRLCU89S05A794G
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) Odontoiatra L.P. - Ambulatorio Odontoiatria Speciale Carate Brianza con decorrenza dal 22/07/2022 al 25/07/2023

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

□ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

□ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio) Medical Equipe srl, Polimerica Vitruvio srl, Veradent clinic Srl, Poliambulatorio medico-odontoiatrico srl come odontoiatra l.p.

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 22/07/2022 **IL DICHIARANTE Luca Ferrario**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

×*l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il sottoscritto Ferrario Luca
nato a Bergamo il 05/11/1989 C.F.FRRLCU89S05A794G
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) Odontoiatra L.P. - Ambulatorio Odontoiatria Speciale Carate Brianza con decorrenza dal 22/07/2022 al 25/07/2023

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

□ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

□ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio) Medical Equipe srl, Polimerica Vitruvio srl, Veradent clinic Srl, Poliambulatorio medico-odontoiatrico srl come odontoiatra l.p.

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 22/07/2022 **IL DICHIARANTE Luca Ferrario**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

×*l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a VINCENZO FERRUCCI
nato/a a BENEVENTO il 10/12/1985 C.F. FRRVCN85T10A783T
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LIBERO PROFESSIONISTA
con decorrenza dal _____ al _____

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

SOSTITUZIONE CONTINUITA' ASSISTENZIALE PRESSO ATS INSUBRIA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 09/04/2020 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a FRANCO PAOLO NICOLO' nato/a a _____ il _____
_____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) MEDICO VACCINATORE LP con decorrenza dal 04/05/2021 al 30/06/2021
sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ✓ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

  _____
  _____
  _____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 04/05/2021 **IL DICHIARANTE** F.TO FRANCO PAOLO NICOLO'

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il sottoscritto ANTONIO FRESCO nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) PSICOLOGO DISCIPLINA PSICOTERAPIA con decorrenza dal 01/01/2022 al 31/12/2022

Sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30/12/2021 **IL DICHIARANTE** F.TO ANTONIO FRESCO

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ANTONIO FORSCO
nato/a a MILANO il 8/9/73 C.F. FRSNTN73P08F205Y
residente a VI Te
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGO DISCIPLINA PSICOTERAPIA
con decorrenza dal 1/1/20 al 31/12/20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

STUDIO PRIVATO (MILANO)
STUDIO PRIVATO (VIA STEFANO ARAI MILANO - LODI PRIMARI)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/12/19

IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 1 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:
1 La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto

Data _____ *Firma del dipendente* _____

1 L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ANTONIO FRESCO
nato/a a MILANO il 8/3/79 C.F. FRSNTN79P08F205X
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) *
PSICOLOGO PSICOTERAPEUTA
con decorrenza dal 1/1/19 al 31/12/19

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  PSICOLOGO PSICOTERAPEUTA LIBERO PROFESSIONISTA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 3/1/19 IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 3/1/19 *Firma del dipendente*

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ANTONIO FRESTA
nato/a a MILANO il 8/8/73 C.F. FRSNTN73P08E205X
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGO PSICOTERAPEUTA (nell'ambito dei Progetti Innovativi della Scuola Mondo) con decorrenza dal 1/1/21 al 31/12/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  PSICOLOGA PSICOTERAPEUTA PRESSO STUDIO PRIVATO (LIBERA PROFESSIONE)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 7/1/21 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:
☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHEINENTIDIDIRITTOPRIVATOREGOLATIOFINANZIATIDALLAPUBBLICAAMMINISTRAZION E

EALLOSVOLGIMENTODIATTIVITÀPROFESSIONALI AISENSIDELL'ART.15,COMMA 1,LETT.C),DELD.LGS. 33/2013

(Dichiarazionesostitutivadinotorietàexart.47D.P.R.n.445/2000)

Il/lasottoscritto/a Valentina Frigerio

nato/aa Lecco il 01.08.1989 C.F. FRGVNT89M41E507H

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di(inseriretipologiaedenominazionedell'incarico)

Psicologa presso Casa di Comunità

con decorrenza dal _11.07.2022___al ___10.01.2023_

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76delD.P.R.del28 Dicembre2000 n.445,nelcasodidichiarazioninonveritiere,diformazioneousodiattifalsi,

DICHIARA

aisensidell'art.15,comma1, letterac)delD.Lgs. n.33/2013

SEZIONEI–INCARICHIECARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dallaPubblicaAmministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dallaPubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, duratadell'incarico/carica,eventualecompenso)

  _____

  _____

  _____

SEZIONEII–ATTIVITÀPROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguenteattivitàprofessionale(indicaretipologiaedeventualedenominazioneEnte/società/Studio)

  Psicologo, Ats Insubria

  Psicologo, psicoterapeuta, Centro di consultazione e Psicoterapia, Fondazione Minotauro

  Psicologo, psicoterapeuta, RSA San Giovanni, Emmaus Spa Psicologo, psicoterapeuta, studio privato

DICHIARAINOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003, che idatipersonaliraccoltisarannotrattatiancheconstrumentiinformaticiesclusivamentenell'ambitodelprocedimento per il qualelapresentedichiarazionevieneresa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presentedichiarazionesaràpubblicata,incasodiconferimentodell'incarico,sulsitowebdell'ASSTdellaBrianzanell'appositasezione"*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambitodellapresentedichiarazione.

Data 04.07.2022 **ILDICHIARANTE F.TO Valentina Frigerio**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21e38 del D.P.R.n.445/2000 senzaautenticazione della sottoscrizionein quanto:

×*l'istanzaeladichiarazionesostitutivavengonopresentateunitamenteallacopiafotostaticadiundocumentod'identità(frontee retro)*.

TitoloDocumento	Data	Revisione	Pagina
Dichiarazionerelativaallosvolgimentodiincarichioallatitolaritàdicariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblicaamministrazioneallosvolgimentodiattivitàprofessionaliaisensi dell'art.15,comma1,lett.c),delD.Lgs.n.33/2013	27/05/2022	02	Pagina1di1

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ELISA GALIMBERTI
nato/a a _____ il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
_____
con decorrenza dal 01-08-2021 al 30-09-2024

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 28-07-2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 28/7/2021 ***Firma del dipendente*** _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a PAOLO NICCOLO' FRANCO

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE AP

con decorrenza dal 04/05/2021 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☑ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 04/05/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 4/05/2021 ***Firma del dipendente*** _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CIULIA DRAGONETTI

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE LP

con decorrenza dal 21/05/21 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 21/05/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 21/05/2021 ***Firma del dipendente*** _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CARIA LAURA DI FORTI

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE LP

con decorrenza dal 30/04/21 al 30/06/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/05/21 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 31/05/2021 ***Firma del dipendente*** _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a DELANA VALENTINA MARIA

nato/a a _____ Il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

DI MEDICO VACCINATORE LP

con decorrenza dal 27/04/2021 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

MEDICO USCA

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 27/04/2021 **IL DICHIARANTE** Valentina Delana

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

- [x] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a DANUZIO FEDERICA

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

di MEDICO VACCINATORE LP

con decorrenza dal 26/04/21 al 30/6/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26/04/2021 **IL DICHIARANTE** Federica

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 26/04/2021 ***Firma del dipendente*** _____

- [ ] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ~~ex~~ art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BIANCA ELISA COMO

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE LP

con decorrenza dal 12/5/21 al 30/6/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 12/5/21 **IL DICHIARANTE** Bianca Elisa Como

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengano presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ROBERTA CAIAZZO

nato/a a [illegible]

residente a [illegible]

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

PSICOLOGO LIBERO PROFESSIONISTA ADI

con decorrenza dal 15/06/21 al 31/12/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

PSICOLOGO LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO STUDIO PRIVATO ATTIVITÀ DI CONSULENTE TECNICO D'UFFICIO PER IL TRIBUNALE DI MONZA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 5/07/21 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

- [ ] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a GAVIRAGHI GIULIA
nato/a a VIMERCATE il 11/04/1990 C.F. GVRGLI90D51M052O
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA
con decorrenza dal 1/3/19 al 29/02/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE C/O STUDIO PRIVATO "PERCORSI" AD AGRATE BRIANZA (MB)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 1/03/2019 IL DICHIARANTE Giulia Gavirag

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a GIULIA GAVIRAGHI
nato/a a VIMERCATE il 11/04/1990 C.F. GVRGLI90D51M052O
residente a / Via / Tel. /
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LIBERO PROFESSIONISTA - TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA con decorrenza dal 19/05/2020 al 18/05/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  LIBERO PROFESSIONISTA c/o STUDIO PERCORSI - AGRATE B.ZA (MB)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 19/05/2020 IL DICHIARANTE Giulia Gaviraghi

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:
☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a [illegible]
nato/a a [illegible] il 05/10/1975 C.F. [illegible]
residente a [illegible] Via [illegible] n. [illegible]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di: (specificare tipologia e denominazione dell'incarico)
[illegible]
con decorrenza dal 20/01/22 al 31/03/22

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 75 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;

- di essere informato/a che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 14/1/22 Il DICHIARANTE [illegible]

La presente dichiarazione, resa da Lei ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione di seguito:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a GENTILE ANDREA nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) MEDICO VACCINATOREcon decorrenza dal 17/01/2022 al 15/06/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ✓ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 29/05/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO GENTILE ANDREA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a GENTILE VALERIA
nato/a a CREMONA il 14-8-86 C.F. GNTVLR86M54G141V
residente a
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
COLLABORAZIONE COCOCO AMMINISTRATIVA
con decorrenza dal 10-05-2021 al 31-07-2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  CONTRATTO DI FARMACIA RURALE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26/4/2021 IL DICHIARANTE Valeria Gentile

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a GIACALONE ANNALISA GIUSEPPA
nato/a a _____ il _____
C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) _____ con decorrenza dal 19/01/2022 al 30/06/2022
sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ✓ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

  _____
  _____
  _____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30/05/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO GIACALONE ANNALISA GIUSEPPA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a GIAMPIETRO MARA
nato/a
reside
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
DI IGIENISTA DENTALE
con decorrenza dal 9/03/21 al 8/3/22.

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- di non svolgere attività professionale;
- ✕ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

ODONTOLEGAL SAS, PAGLIARI ALBERTINA ELITA, SMILE CENTER SRL, CASA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 04/03/21 IL DICHIARANTE Giampietro Mara

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a GIAMPIETRO MARA nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) ATTIVITA' DI IGIENISTA DENTALE con decorrenza dal 23/09/19 al 29/02/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

LIBERO PROFESSIONALE PRESSO: ODONTODUEGI, RIGI, SMILE CENTER, NIMAR, STUDIO DENTISTICO COL SORRISO

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 20/09/2019 **IL DICHIARANTE** F.TO MARA GIAMPIETRO

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a GIAMPIETRO MARA
nato/a a MILANO il 09/08/84 C.F. GMPMRA84M49F205F
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
ASSUNTA DI IGIENISTA DENTALE
con decorrenza dal 23/9/19 al 29/02/20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  STUDIO ODONTOIATRICO

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  LIBERO PROFESSIONALE PRESSO: ODONTOBUFFI, DUEI, SMILE CENTER, NIMM, STUDIO DENTISTICO CA' SORRISO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 20/09/19 IL DICHIARANTE Giampietro Mara

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 20/09/19 *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Regione Lombardia
ASST Vimercate

U.O.C. Risorse Umane

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a GIAMPIETRO MARA
nato/a a MILANO il 08/08/81 cf GMPMRA81M48F205F
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LIBERO PROFESSIONISTA - IGIENISTA DENTALE
con decorrenza dal 21/06/17 al 31/08/19
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 18, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
STUDIO DENTISTICO DOTT. - IGIENISTA DENTALE
SMILE CENTER SRL - IGIENISTA DENTALE
STUDIO DOTT. MINNI - IGIENISTA DENTALE
STUDIO DOTT. VARENNI - IGIENISTA DENTALE / CENTRO ODONTOIATRICO CORMANESE - IGIENISTA DENTALE

DICHIARA INOLTRE

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

di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";

di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:
CARATE 30/10/2014

Firma
(per esteso e leggibile)
Giampietro Mara

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a FAUSTO ANTONIO MARIA GIULIANA
nato/a a [redacted] il [redacted] C.F. GLN FTN 81 D24 C480 O
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO DA ASSEGNARE ALLA U.O.C. CURE PALLIATIVE
con decorrenza dal 28.10.19 al 27.10.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [ ] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  RSA VILLA DEI CEDRI (MEDRATE)
  LIBERO PROFESSIONISTA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 12.10.2019 IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

[x] *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 17.10.19 *Firma del dipendente*

[x] *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagine
Dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione allo svolgimento di attività professionali ai sensi dell'art. 15, c. 1, lett. c), del d.lgs. 33/2013	03/10/2017	01	Pagina 1 di 1

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SILVIA GRIGNAFFINI
nato/a a PAVIA il 15/07/73 C.F. GRGSLV73L55G388Q
residente a [redacted] Via [redacted] Tel [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGO - PSICOTERAPEUTA
con decorrenza dal 1/1/19 al 31/12/19

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  STUDIO PRIVATO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 8/1/19 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 8/1/19 *Firma del dipendente* [signature]

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SILVIA GRIGUAN
nato/a a PAVIA il 15/7/73 C.F. GRGSLV73L55G388Q
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGO - PSICOTERAPEUTA NELL' AMBITO DEI PROGETTI DI INTERVENTO PRECOCE con decorrenza dal 1/11/21 al 31/12/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  DOCENTE PRESSO SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE "ASIPSE" DI MILANO - LIBERO PROFESSIONISTA

DICHIARA INOLTRE

- [X] di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- [X] di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- [X] di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 29/11/2020 IL DICHIARANTE Silvia Griguan

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SILVIA GRIGNANI
nato/a a [illegible] il 16/12/73 C.F. GRGSLV73L55G388Q
residente a [illegible] Via [illegible] Tel.
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGA - PSICOTERAPEUTA NELL'AMBITO DEI PROGETTI INDIVIDUALIZZATI DI SALUTE MENTALE con decorrenza dal 1/1/20 al 31/12/20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
DOCENTE PER ASIPSE - SCUOLA DI PSICOTERAPIA CON SEDE IN VIA SETTEMBRINI, 7 MILANO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 1/1/2020 IL DICHIARANTE Silvia Grignani

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SILVIA GRIGUAN
nato/a a
residente a
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGO - PSICOTERAPEUTA NELL' AMBITO DEI PROGETTI DI INTERVENTO PRECOCE con decorrenza dal 1/11/21 al 31/12/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  DOCENTE PRESSO SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE "ASIPSE" DI MILANO - LIBERO PROFESSIONISTA

DICHIARA INOLTRE

- [X] di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- [X] di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- [X] di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 29/11/2020 IL DICHIARANTE Silvia Griguan

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a GRIGNANI SILVIA nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) PSICOLOGO NELLA DISCIPLINA DI PSICOTERAPIA con decorrenza dal 01/01/2022 al 31/12/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

PSICOTERAPEUTA LIBERO PROFESSIONALE

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/12/2021 **IL DICHIARANTE** F.TO SILVIA GRIGNANI

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

La sottoscritta Silvia Grignani
nato/a a Pavia il 15/07/1973
C.F. GRGSLV73L55G388Q
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di **Psicologo specialista nella disciplina di psicoterapia nell'ambito del progetto "Interventi territoriali in Psichiatria e Case di Comunità** con decorrenza dal 11/07/2022 al 31/12/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale:
Attività di formazione per Scuola ASIPSE srl Milano

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 11/07/2022 **IL DICHIARANTE F.to Silvia Grignani**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

✓*l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a GRIVA VASSILIS
nato/a a MANDRA DI ATTICA, il 11/09/66, C.F. GRVVSL66P62Z115J
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico), DIRIGENTE MEDICO DI 1° LIVELLO PEDIATRIA LIBERO PROFESSIONALE
con decorrenza dal 25/06/18 al 24/12/18
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  - AZ. OSPED. BOLOGNINI DI SERIATE U.O. TIN - NEONATOLOGIA
  - AZ. H. ASOLA (ASST-MANTOVA) PEDIATRIA - NEONATOLOGIA
  - VISITE SPECIALISTICHE PEDIATRICHE PRIVATE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs: 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:
VIMERCATE 16/7/18

Firma
(per esteso e leggibile)

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a DR.SSA GRIVA VASSILIKI
nato/a a MANDRA D' ATTICA il 24/09/66 C.F. GRVVSL66P64Z115E
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LIBERO PROFESSIONISTA IN PEDIATRIA
con decorrenza dal 25/12/18 al PER SEI MESI EVENT. ESTENSIBILI A 12 MESI

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

LIBERO PROFESSIONISTA IN NEONATOLOGIA (A SERIATE) IN ASST-BERGAMO EST
" " ASST - MANTOVA (PRESIDIO DI ASOLA) IN PEDIATRIA - MD

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30/01/19 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [x] *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 30.01.19 *Firma del dipendente* _____

- [ ] *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a GROSSO CARLO

nato/a a SONDRIO il 21 [illegible] 1964 C.F. GRSCRL64S66 I829F

residente a [illegible] Via [illegible] Tel.

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO NELL'AMBITO DEL PROGRAMMA DI ATTIVITÀ DEL CENTRO DEL GIOCATORE DEL CENTRO DI [illegible] con decorrenza dal [illegible] al 30.06.2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [X] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/01/2020 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Vimercate

U.O.C. Risorse Umane

QD_ENT_201710_116118

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CHIARA GROSSO
nato/a a SONDRIO il 24.11.1966 C.F. GRSCHR66S64I829F
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO SERVIZIO DI PEDIATRIA DI VIMERCATE
con decorrenza dal 01.08.2019 al 31.07.2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

- di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

X di non svolgere attività professionale;

di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31.07.2019 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a CINZIA GRASSO
nato/a SARONNO, il 24 11 1964 C.F. GRSCNZ64S64I829F
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) INCARICO MEDICO LIBERO PROFESSIONALE SETTORE DIREZIONE DI FARMACIA
con decorrenza dal 01/09/18 al 31/08/19
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

X di non svolgere attività professionale;

di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs: 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data: VIMERCATE 18.06.2018

Firma (per esteso e leggibile) CINZIA GRASSO

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a GIULIO GROSSI
nato/a a SONDRIO il 24/11/1964 C.F. GRSGLI64S24I829R
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO PROGETTO GDP DECRETO N° 490 DEL 1/12/2020
con decorrenza dal 21.12.2020 31.12.2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

INCARICO LIBERA PROFESSIONE
INCARICO GDP E SOSTITUZIONE CMP ASST Vimercate

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 15/12/20 **IL DICHIARANTE** [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:
☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione allo svolgimento di attività professionali ai sensi dell'art. 15, c. 1, lett. c), del d.lgs. 33/2013	03/10/2017	01	Pagina 1 di 1

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CIRZIA GROSIRA
nato/a a Saronno il 24.11.1966 C.F. GRSCRZ66S64I629F
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO LIBERO PROFESSIONALE MEDICO U.O.S. ALCOLOGIA presso DIPARTIMENTO
con decorrenza dal 24.2.21 al 23.02.21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

☒ di non svolgere attività professionale;

☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 24.02.2021 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 24/02/2021 *Firma del dipendente* Marchesi Roberta

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a GUARNIERI ANNA nato/a a _____ il _____

_____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) LOGOPEDISTA on decorrenza dal 03/03/2022 al 31/12/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  LKOGOPEDISTA PRESSO L'ASSOCIAZIONE CULTURALE "DIMANDA" E LO STUDIO "ABILAB" E IL "CENTRO MEDICO CARUGATE"

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 21/02/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO GUARNIERI ANNA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a HIDA MIRANA

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

Infermiere vaccinatore L P

con decorrenza dal 12/07/2021 al 30/09/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

Infermiera LP presso ente privato (Diap Care)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 12/07/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 12/07/2021 ***Firma del dipendente*** _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a HUBER VERA
nato/a a BRESSANONE il 28/11/1966 C.F. HBRVRE66S58B160U
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGA - Incarico libero professionale
1 ora settimanale per 4 settimane con decorrenza dal 3/7/20 al 31/12/20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  Incarico libero professionale ASST OVEST MILANESE - legnano in qualità di Psicologa presso Area Materno Infantile Consultorio fornire dal 11/19 al 31/12/2020 4 ore settimanali

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  Attività professionale Studio Privato con sede in Vimercate in Via San Marco 9

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 17/6/2020 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a HUBER VERA

nato/a a _

residente a

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

Psicologo dirigente Professionista Sollecitazioni Mentali

con decorrenza dal 01/01/21 al 31/12/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

Incarico libero professionale ASST Ovest Milanese legnano in qualità di Psicologa Presso Area Materno Infantile consultorio familiare dal 1/1/19 ad oggi 16 ore settimanali

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

Attività Professionale Studio Privato Via San Martino 9 21100 Varese

- Cooperativa Nessorizzonti - Psicologa-Psicoterapeuta libero Professionale

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 29/12/2020 IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a COSTANZE HUSEN

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE CP

con decorrenza dal 15/07/2021 al 30/09/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 3/08/21 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

- [x] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE
E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI
AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ALESSIA IAUK
nato/a a MESSINA il O9/O7/1984 C.F. KIALSS84L49F158D
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di natura LIBERO PROFESSIONALE PER LE ATTIVITA' DI PSICOLOGO ai fini della realizzazione del progetto "Interventi territoriali in NPI: un modello per l'integrazione e la multidimensionalità nei bambini e adolescenti con disagio psicologico".

con decorrenza dal 14/07/22 al 31/12/22

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

□ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

□ di non svolgere attività professionale;

x di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE COME PSICOLOGO PRESSO STUDIO PRIVATO IN VIA STR. VICINALE MARIANO, SEREGNO (MB)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 13/07/22 **IL DICHIARANTE F.TO ALESSIA IAUK**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

X l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LAURA IRENE

nato/a a SARONNO il 15-10-86 C.F. LRRNRI86R55I246Q

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA

con decorrenza dal 1-03-19 al 29-02-2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

SAN GER MONZA come TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA

LIFE CURE // // // //

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 1-03-19

IL DICHIARANTE Irene Laura

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LARDA IRENE VITA
nato/a a SARONNO il 15-10-86 C.F. LRDRVT86R55I441Q
residente a [redacted],
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA
con decorrenza dal 15-03 al 18-02-13

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  - LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO SANDRA MONZA
  - LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO CITTÀ CURE MONZA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 18-09-2018 IL DICHIARANTE Irene Larda

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [x] *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 18.9.18 *Firma del dipendente* [signature]

- [ ] *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ILARIA IRENE

nato/a a SARONNO il 15-10-86 C.F. LRSRIA86R55I462Q

residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA

con decorrenza dal 1-03-18 al 28-02-2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

SYNLAB MONZA come TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA

LIFE CURE " " " "

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 1-03-18 IL DICHIARANTE Irene Ilaria

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Io sottoscritto/a LARA IRENE

nato/a a SALUNO il 15-10-1986 C.F. LRRRNI86R55I441Q

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

LIBERA PROFESSIONE

con decorrenza dal 12-05-20 al 11-05-2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

TECNICO DI NEUROFISIOLOGIA PRESSO SYNLAB E LIFE CURE

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 12-05-2020 IL DICHIARANTE Irene Lara

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

toscritto/a ILARDA ILENE VITA

a _

te a _

ione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA

orrenza dal 04-06-2022 al 03-06-2022

propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

E I – INCARICHI E CARICHE

di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

E II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

di non svolgere attività professionale;

di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

SYNLAB MONZA, SARIO LIFE

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;

di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;

di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

3-06-2022 **IL DICHIARANTE** Ilene Ilarda

te dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21).P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

toscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto

_____ ***Firma del dipendente*** _____

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ERIKA INNOCENTI
nato/a a BERGAMO il 12/04/84 C.F. NNCRKE84D52A794G
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
psicologo nell'ambito area Progetti Innovativi di Sviluppo Aziendale
con decorrenza dal 1/1/2018 al 31/12/2018

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
STUDIO PRIVATO sito in via XX Settembre, 81 Limbiate

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 4/01/2018 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene sottoscritta a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:
☒ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 4/1/2018 *Firma del dipendente* [signature]

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione allo svolgimento di attività professionali ai sensi dell'art. 15, c. 1, lett. c), del d.lgs. 33/2013	03/10/2017	01	Pagina 1 di 1

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ERIKA INNOCENTI
nato/a a BERGAMO il 12/01/85 C.F. NNCRKE85A52A794Q
residente a Vi i Tel.
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
CONSULENTE NEL PROGETTO REGIONALE "specificità e continuità dei percorsi di cura nella psicopatologia adolescenziale (GOSO)" con decorrenza dal 1/01/2020 al 31/12/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

STUDIO PRIVATO CON SEDE IN VIA XX SETTEMBRE 31 LISSONE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/12/2019 IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione allo svolgimento di attività professionali ai sensi dell'art. 15, c. 1, lett. c), del d.lgs. 33/2013	03/10/2017	01	Pagina 1 di 1

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ERIKA INNOCENTI
nato/a a BERGAMO il 12/04/86 C.F. NNCRKE86D52A794G
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
incarico libero professionale - psicologo per 45 settimane per 32 ore settimanali con decorrenza dal 1/1/2021 al 31/12/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

STUDIO PRIVATO INDIVIDUALE - sito in Via Torricelli, 25 Limbiate

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/12/2020 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MARCO 1077 HP
nato/a a [redacted] GAVARDO il 11/01/1992 C.F. ZZIMRC92P11D960N
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO LIBERO PROFESSIONALE CON ATTIVITA' DI MEDICO
con decorrenza dal 17/11/20 al 16/05/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;
☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 15/11/2020 IL DICHIARANTE [redacted]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Marco Lo Mis
nato/a a Gavardo (BS) il 11/01/1992 C.F. ZZIMRC92A11D960N
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
libero professionale di Medico
con decorrenza dal _____ al _____

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

- Medico di guardia presso Fondazione Don Gnocchi - Centro IRCCS Santa Maria Nascente
- Medico presso CAS - Comitato CRI Arcore Brianza
- Medico presso centro sanitario Collcot

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 24/03/18 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a ANGELA ITALIANO

nato/a a ROMA (RE) il 28.6.1980, C.F. TLN NGL 80H68 H501 S

residente a [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO MICROBIOLOGO

con decorrenza dal 01.01.17 al 31.12.2019

sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

MEDICO FISCALE INPS ROMA

MEDICO MICROBIOLOGO ASST ROMA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:
ERCOLANO 10/10/2017

Firma
(per esteso e leggibile)
Angela Italiano

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15. C. 1. LETT. C). DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ANGELO ITALIANO
nato/a a ROMA il 28.10.1960 C.F. TLNNGL60R28H501S
residente a] Via la
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO: MEDICINA NECROSCOPICA
con decorrenza dal al

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  MEDICO FISCALE INPS MONZA
  MEDICO NECROSCOPO ASST MONZA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/12/2018 **IL DICHIARANTE** Angelo Italiano

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☑ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15. C. 1. LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Kostsina Alesia
nato/a a Minsk (Bielorussia) il 14/01/1993 C.F. KSTLSH93A54Z139P
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
libero professionale per attivita' di Medico in ambito di emergenza Covid 19 con decorrenza dal 9/12/2020 al 08/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  docenza corso primo soccorso presso Fondazione Luigi Clerici

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 20/11/2020 IL DICHIARANTE Alesia Kostsina

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1. D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LA GRECA EMANUELA
nato/a a DESIO il 22/12/77 C.F. LGRMNL77T62D284Z
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

_____

_____ con decorrenza dal _____ al _____

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [X] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/12/19

IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 11 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

[ ] *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

[ ] *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Vimercate

U.O.C. Risorse Umane

QD_ENT_201710_116118

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LA GRECA EMANUELA
nato/a a [redacted] il 28/12/77 C.F. LGRMNL77T68D286Z
residente a [redacted] Via [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
Psicologo.
con decorrenza dal 01/01/19 al 31/12/19

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziari dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
Studio privato

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 14/01/2019 IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli artt. 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 14.01.2019 *Firma del dipendente*

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione allo svolgimento di attività professionali ai sensi dell'art. 15, c. 1, lett. c), del d.lgs. 33/2013	03/10/2017	01	Pagina 1 di 1

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ENAUDA LA GRECA

nato/a a DESIO il 28/12/1972 C.F. LGRMNL72T68D2262

residente a [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

PSICOLOGO PSICOTERAPEUTA NELL'AMBITO DEI PROGETTI MINORI DI SALUTE MENTALE con decorrenza dal 01/01/21 al 31/12/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

STUDIO PRIVATO. Già dal in DESIO

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data _____ IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LA GRECA EMANUELA nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) PSICOLOGO PROGETTO REGIONALE con decorrenza dal 01/01/2022 al 31/12/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ✓ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

  _____
  _____
  _____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 04/01/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO LA GRECA EMANUELA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CARUSO RAFFAELE
nato/a a Vibo Valentia il 25.1.78 C.F. CRSRFL78A25F537S
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
CP
con decorrenza dal 29.3.19 al 23.9.19

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio) SAN RAFFAELE - ISTITUTO CLINICO CHIRURGICO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 29.3.19 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a IAPELUCCI RAFFAELE
nato/a a VIBO VALENTIA (VV) il 25.9.78 C.F. LPLRFL78P25F537E
residente a [redacted] (Prov. [redacted]) in via [redacted] n. [redacted] c.a.p. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO 1P CARDIOLOGIA
con decorrenza dal 5.9.18 al 4.3.2019
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

MEDICO 1P CARDIOLOGIA PRESSO OSP-ICCS OSPEDALE SAN RAFFAELE - ISTITUTO CLINICO CLINA STUDI

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:
VIMERCATE 27.9.2018

Firma
(per esteso e leggibile)
[signature]

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CALCAGNI RAFFAELE
nato/a a VIBO VALENTIA il 25.9.78 C.F. CLCRFL78P25F537E
residente a [redacted] Via [redacted] Tel [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)*
SEDEGNO
con decorrenza dal 29.6.20 al 15.9.2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ✓ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

MSR

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

ICCS - CPP (ISTITUTO CLINICO CITTÀ STUDI)
CPP (CENTRO POLISPECIALISTICO PACINI)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 29.6.2020

IL DICHIARANTE Raffaele Calcagni

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CARLUCCI RAFFAELE
nato/a a VIBO VALENTIA il 25.9.78 C.F. CRLRFL78P25F537E
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
SEDEGNO
con decorrenza dal 29.6.20 al 15.9.2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ✓ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

MSR

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

ICCS - CPP (ISTITUTO CLINICO CITTÀ' STUDI)
CPP (CENTRO POLISPECIALISTICO PACINI)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 29.6.2020 **IL DICHIARANTE** Raffaele Carlucci

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a RAFFAELE CARVATI
nato/a a Vibo Valentia il 25.4.1971 C.F. CRV RFL 71D25F537E
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) Attività medico specialistica nella disciplina di cardiologia
con decorrenza dal 12.11.19 al

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☑ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
ospedale San RAFFAELE, Sch. tito clinico ai sensi

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
Centro poliambulatoriale Marini

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 11.11.2019 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☑ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LAMPERTI ILARIA nato/a a il
C.F.
residente a Via Tel.
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) con decorrenza dal 01/01/2022 al 31/12/2022
sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

EDUCATORE PRESSO ASSOCIAZIONE KAYROS ONLUS VIMODRONE (PART TIME)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30/12/2021 **IL DICHIARANTE** F.TO LAMPERTI ILARIA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data ***Firma del dipendente***

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LAMPERTI ILARIA
nato/a a _____
residente a _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
EDUCATORE - NPI
con decorrenza dal 1/1/2021 al 31/12/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

EDUCATORE PRESSO ASSOCIAZIONE KAIRÓS ONLUS DI VIMODRONE.

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 18/3/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 18/3/2021 *Firma del dipendente* _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LAURORA FRANCESCO

nato/a a RUVO DI PUGLIA (BA) Il 1 [illegible] C.F. LRN FNC 56R05 H096 W

residente in [illegible] Via [illegible]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO NECROSCOPO

con decorrenza dal _____ al _____

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

MEDICO PNEUMOLOGO PRESSO ASST VARESE (SARONNO)

MEDICO INPS MEDICINA FISCALE

MEDICO NECROSCOPO PRESSO ASST BRIANZA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 01/01/2020 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☑ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CANTÙ ANNAMARIA

nato/a a GUSSAGO il 24/12/79 C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO NELLA DISCIPLINA NEUROLOGIA - STRUTTURA

con decorrenza dal 15/9 al 30/4/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

STUDIO MEDICO

POLISPECIALISTICO SEREGNO

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30/4/2019 IL DICHIARANTE Annamaria Cantù

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CANNAVÒ ANNAMARIA

nato/a a GUSSAGO il 24/12/79 C.F. CNNNMR79T64E263F

residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

INCARICO DI MEDICO SPECIALISTA IN CHIRURGIA GENERALE

con decorrenza dal 14/5/2020 - 13/5/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

SANITÀ NONIA
PEDRUS CESANO MADERNO
ACCADEMICA MILANO.

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 14/5/2020

IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a ___

residente a _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

con decorrenza dal 14/5/2021 al 13/05/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

MEDICO
ITALSALUTE
ACEA MEDICA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 13/5/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 13/5/2021 ***Firma del dipendente*** _____

☑ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a FRANCESCO LAUREANI
nato/a a REGGIO CAL, il 05.08.1956, C.F. LRN FNC 56M05H224C
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO NECROSCOPO
con decorrenza dal 1.1.2017 al 31.12.2017
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

MEDICO ADDETTO A CONTROLLI FISCALI INPS VARESE
MEDICA GUARDIA MEDICA DISTRETTO DI SARONNO (ASST VALLE OLONA)
MEDICO NECROSCOPO ARCORE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data: CERNUSCO 10/10/2017

Firma
(per esteso e leggibile)
[signature]

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LAURENDI FRANCESCO nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) MEDICO NECROSCOPO con decorrenza dal 01/01/2022 al 31/12/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____

  _____

  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

  MEDICO ASSISTENZA PRIMARIA ASST VARESE (SARONNO)
  MEDICO INPS MEDICINA FISCALE
  MEDICO NECROSCOPO ASST MONZA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 01/01/2020 **IL DICHIARANTE** F.TO LAURENDI FRANCESCO

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LAVAGNA AMEDEO

nato/a a _

residente a

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

INCARICO LIBERO PROFESSIONALE MEDICO SPEC. ANESTESIA e RIANIMAZION

con decorrenza dal _____ al 31. 12. 2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

ANESTESISTA LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO

ISTITUTI CLINICI ZUCCHI

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 17.08.2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [X] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto* Elisa Porca UOC RIS. UMANE ASST

Data 18.08.2021 *Firma del dipendente* _____

- [ ] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LUISA LEDDA

nato/a a _____

residente a _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

LIBERO PROFESSIONISTA MEDICO VACCINATORE

con decorrenza dal 31/05/2021 al 10/09/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ■ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ■ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/05/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LENSI MARIA SAVERIA

nato/a a FOGGIA il 18.07.2020 C.F. LNSMSV94L58D643A

residente a [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

CONTRATTO LIBERA PROFESSIONE EMERGENZA COVID 19 PERSONALE MEDICO con decorrenza dal 9-12-20 al 8-6-21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

X di non svolgere attività professionale;

☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26.11.2020 IL DICHIARANTE Maria Saveria Lensi

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Brianza

U.O.C. Risorse Umane

QD_ENT_20170_116

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LAURA DI BASTIANI

nato/a a CALTANISSETTA (CL) il 04-04-1986 C.F. DBSLRA86D44B429W

residente a MAZZARINO (CL) Via ANZALONE N.44 Tel. 3393630688

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (indicare tipologia e denominazione dell'incarico) INCARICO LIBERO PROFESSIONALE PER TECNICO DI RIAB. PSICHIATRICA NELL'AMBITO DEL PROGETTO AUTER - DISTURBI SPETTRO AUTISTICO

con decorrenza dal 15-06-2022 al 03-12-2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / Titolo dell'incarico/carica, Denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☑ di non svolgere attività professionale,
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
  di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 18-05-2022 IL DICHIARANTE Laura Di Bastiani

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene trattata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

Firma e la dichiarazione sottoscritta vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione e allo svolgimento di attività professionali ai sensi dell'art. 15, comma 1, lett. c), del D.Lgs. n. 33/2013	16/02/2021	01	Pagina 1 di 1

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ALESSIA LO IACONO
nato/a a [redacted] il [redacted] C.F. [redacted]
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INFERMIERA LIBERA PROFESSIONISTA
con decorrenza dal _____ al _____

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

INFERMIERA LIBERA PROFESSIONISTA PRESSO SYNLAB ITALIA SRL - MONZA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 17/03/2020 IL DICHIARANTE Alessia Lo Iacono

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [x] *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 17/03/2020 *Firma del dipendente* Alessia Lo Iacono

- [x] *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LODINI ANNA

nato/a a [redacted] il [redacted] C.F. [redacted]

residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

_____

_____ con decorrenza dal _____ al _____

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

INFERMIERA PRESSO: - SYNLAB ITALIA SRL

- FONDAZIONE G. SCOLA ONLUS.

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 18/03/2020 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☑ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LONGONI ANNA
nato/a a DESIO il 08/06/80 C.F. LNGNNA80H46D286B
residente a [redacted] Via [redacted] 16
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inscrire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO SPECIALISTA IN GINECOLOGIA E OSTETRICIA
con decorrenza dal 10/05/19 al 31/07/19

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
STUDIO PRIVATO DOTT.SSA LOREDANA MORGIA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 10/05/2019 IL DICHIARANTE Anna Longoni

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LONGONI ANNA

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO nella DISCIPLINA di GINECOLOGIA e OSTETRICIA

con decorrenza dal 01/08/2021 al 31/07/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

VISITE ed ECOGRAFIE OSTETRICHE e GINECOLOGICHE c/o STUDI PRIVATI e ABF ERBA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 04/08/2021 **IL DICHIARANTE** Anna Longoni

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

- [X] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LONGONI ANNA nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) MEDICO NELLA DISCIPLINA DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA con decorrenza dal 01/08/2021 al 31/07/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____

  _____

  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

  VISITE ED ECOGRAFIE OSTETRICHE E GINECOLOGICHE C/O STUDI PRIVATI E FBF ERBA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 04/08/2021 **IL DICHIARANTE** F.TO LONGONI ANNA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MARCO LONGONI
nato/a a CARATE BRIANZA il 07/09/72 C.F. LNGMRC72P07B712P(V)
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITÀ DELL'ETÀ EVOLUTIVA
con decorrenza dal 16/07/19 al 15/07/20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [X] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 15/07/2019 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Vimercate

U.O.C. Risorse Umane

QD_ENT_201710_116118

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a MATTEO LONGONI
nato/a a CARATE il 03/04/1992 C.F. LNGMTT92D03B721SN
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITÀ DELL'ETÀ EVOLUTIVA
con decorrenza dal 16/03/2017 al 15/03/2018
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [X] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data: USMATE 5/10/17

Firma
(per esteso e leggibile)
Matteo Longoni

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LORIO KAREN SERENA
nato/a a MILANO il 16/01/1978 C.F. LRORNS78D56F205Z
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LOGOPEDISTA
con decorrenza dal 01/01/19 al 31/12/19

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  LOGOPEDISTA LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO STUDIO EQUIPE KAIROS A CARUGATE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 7/1/2019 IL DICHIARANTE Karen Lorio

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 7/1/2019 *Firma del dipendente* [signature]

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LORIO KAREN SERENA
nato/a a MILANO (MI) il 16/04/1998 C.F. LRKNSR98D56F205Z
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LOGOPEDISTA LIBERO-PROFESSIONISTA PROGETTI INNOVATIVI DI SALUTE MENTALE con decorrenza dal 01/01/21 al 31/12/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
LOGOPEDISTA LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO EQUIPE KAIROS, via del GINESTRINO 14/C, CARUGATE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/12/2020 **IL DICHIARANTE** Karen Lorio

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:
☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LORIO KAREN SERENA nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) INCARICO LIOBERO PROFESSIONALE - LOGOPEDISTA con decorrenza dal 01/01/2022 al 31/12/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____

  _____

  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

  LOGOPEDISTA LIBERO PROFESSIONALE PRESSO EQUIPE KAIROS E UBRIS SRL

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/12/2021 **IL DICHIARANTE** F.TO LORIO KAREN SERENA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LUCCHINI BARBARA
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico):
PSICOLOGO PROGETTI INNOVATIVI DI SALUTE MENTALE
con decorrenza dal 01.01.2022 AL 31.12.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

□di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

□ di non svolgere attività professionale;

☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione)

- STUDIO PRIVATO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31.12.2021 **IL DICHIARANTE F.TO BARBARA LUCCHINI**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Vimercate

U.O.C. Risorse Umane

QD_ENT_201710_116118

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BARBARA LUCCHINI

nato/a a CESANO MADERNO (MI) il 27.08.1984 C.F. LCCBBR84M63C003P

[redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

PSICOLOGO PER PROGETTO "NUOVA RETE DELLA SALUTE MENTALE PER I RICHIEDENTI ASILO IN ATS BRIANZA" con decorrenza dal _____ al 30.6.2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

PSICOLOGA IN LIBERA PROFESSIONE PRESSO PROPRIO STUDIO

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 27.6.2019 IL DICHIARANTE Barbara Lucchini

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

X *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LUCCHINI GRAZIELLA
nato/a a MONZA il 05.03.1964 C.F. LCCGZL64M45F704G
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGO NELLA DISCIPLINA DI PSICOTERAPIA
con decorrenza dal 01.01.2019 31.12.2019

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [X] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
PSICOTERAPEUTA LIBERA PROFESSIONISTA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 04.01.2019 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 4/1/19 *Firma del dipendente* [signature]

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Vimercate

U.O.C. Risorse Umane

QD_ENT_201710_116118

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LUCCHINI CHIARELLA

nato/a a MONZA il 05.08.1964 C.F. LCC CRL 64M45F704Q

residente a _____ Via _____ T

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) PSICOLOGO NELLA DISCIPLINA DI PSICOTERAPIA NELL'AMBITO DEI PROGRAMMI RIABILITATIVI DI SALUTE MENTALE con decorrenza dal 01.07.2020 al 31.12.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

PSICOTERAPEUTA PRESSO STUDIO METAFORA VIA MERCADANTE 8 MILANO E STUDIO PRIVATO MONZA VIA CAMPERIO 8

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 20.12.2019 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione allo svolgimento di attività professionali ai sensi dell'art. 15, c. 1, let. c), del d.lgs. 33/2013	03/10/2017	01	Pagina 1 di 1

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LUCCHINI GRAZIELLA
nato/a a MONZA il 05.08.1964 C.F. LCCGZL64M45F704G
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGO SPECIALIZZATO IN PSICOTERAPIA e IN PSICOLOGIA CLINICA NELL'AMBITO DEI PROGETTI INNOVATIVI DI SALUTE MENTALE con decorrenza dal 01.01.2021 al 31.12.2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  PSICOTERAPEUTA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31.12.2020 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LUCCHINI GRAZIELLA
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico):
PSICOLOGO SPECIALISTA NELLA DISCIPLINA DI PSICOLOGIA CLINICA O PSICOTERAPIA
con decorrenza dal 01.01.2022 AL 31.12.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

□di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

□ di non svolgere attività professionale;

☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione)

- PSICOTERAPEUTA PRESSO I MIEI STUDI PRIVATI

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 07.01.2022 **IL DICHIARANTE F.TO GRAZIELLA LUCCHINI**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LUNGHI GIADA nato/a a il

C.F.

residente a Via Tel.

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA – INCARICO LIBERO PROFESSIONALE con decorrenza dal 01/01/2022 al 31/12/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

  TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA PRESSO ENTI PRIVATI

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 02/01/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO LUNGHI GIADA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data ***Firma del dipendente***

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a M'ZIAN LAILA nato/a a _____ il _____
_____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) _____ con decorrenza dal 16/08/2021 al 30/09/2021
sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  INFERMIERA FATEBENEFRATELLI DI CERNUSCO SUL NAVIGLIO A TEMPO INDETERMINATO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 16/08/20201 **IL DICHIARANTE** F.TO M'ZIAN LAILA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

□ l*'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MAFFUCCI ANTONIO
nato/a a AVELLINO il 03-10-1975 C.F. MFFNTN75R03A509O
residente a [redacted] Via [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
DIRIGENTE MEDICO
con decorrenza dal 27-09-2019 al 29-02-2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- di non svolgere attività professionale;
- di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  DENTIDOC SRL
  ODOS SERVICE SRL

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposito sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 20-09-19 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a ANTONIO MAFFUCI
nato/a a AVELLINO, il 08-10-1975 C.F. MFFNTN75R08A509D
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
IGIENISTA DENTALE
con decorrenza dal 04-09-17 al 03-08-19
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

- di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio,
SERVIZI DENT (IGIENISTA DENTALE)
H DENTAL (IGIENISTA DENTALE)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data: 20-12-17 CARATE BRIANZA

Firma (per esteso e leggibile)

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MAFFUCCI ANTONIO nato/a a il

C.F.

residente a Via Tel.

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) IGIENISTA DENTALE con decorrenza dal 09/03/2021 al 08/03/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  DOTT. GESIMI, HDENTAL, SMILE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 09/03/2021 **IL DICHIARANTE** F.TO MAFFUCCI ANTONIO

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data ***Firma del dipendente***

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Magistrini Daniele

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

Medico vaccinatore LP

con decorrenza dal 11/05/21 al 30/6/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 11/05/2021 **IL DICHIARANTE** Daniele Magistrini

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MASOBO BOLYCARPE
nato/a a _____ il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO VACCINATORE LP
con decorrenza dal 14/07/2021 al 30/09/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

Medico CA ATS Milano
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 14/07/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 14/07/2021 *Firma del dipendente* _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MANNI MATTEO MARIA
nato/a a MILANO il 06/07/1992 C.F. MNNMTT92L06F205G
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INFERMIERE - PRONTO SOCCORSO
con decorrenza dal 28/07/ al 27/09/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

INFERMIERE LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO ASST MVD, HCM COOP

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

INFERMIERE LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO HCM COOP

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 22/03/20 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Sebastiano Manno
nato/a a _____
residente a _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
Tecnico sanitario di laboratorio biomedico per l'attuazione piano somministrazione vaccini
con decorrenza dal 01/04/2021 al 31/05/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

Coltivatore diretto
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/05/2021 **IL DICHIARANTE** Sebastiano Manno

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ERICA MANICA

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE

con decorrenza dal 21/5/21 al 30/6/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 4/6/21 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 4/6/21 ***Firma del dipendente*** _____

- [ ] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MAPELLI ROBERTA
nato/a a UBOLDO il 01/12/1987 C.F. MPLRRT87T57E507J
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
DI NATURA LIBERO PROFESSIONALE PER LE ATTIVITA' DI TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA con decorrenza dal 12/2/'19 al 31/12/'19

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

INCARICO LIBERO PROFESSIONALE, INPER, ASST RHODENSE, DAL 01/01/2019 AL 30/04/2019 21 €/ora lordi omnicomprensivi

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA, COLLABORAZIONE CON "DEDA EVOLUTIVA" STUDIO DI PSICOLOGIA E PSICOTERAPIA CON SEDE A VIMERCATE, VIA DOTA, 10.

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 08/02/'19 IL DICHIARANTE Roberta Mapelli

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 08/02/'19 *Firma del dipendente* [signature]

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ROBERTA MARCELLI
nato/a a LECCO il [illegible] C.F. MRCRRT87T52E507J
residente a [illegible] Via [illegible] Tel.
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
ATTIVITA' DI TERAPISTA DELLA NEURO P.E.C. NELL'AMBITO DEI PROGETTI INNOVATIVI
con decorrenza dal 01.01.2020 al 31.12.2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  CONTRATTO LIBERO PROFESSIONALE DI TNPEE C/O ASST RHODENSE (ENTE DI LINBIATE)
  DAL 23.03.2018 A TEMPO DEFINITO. 21 E /ORA' LORDO' omnicomprensivi

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  LAVORO IN UNO STUDIO COME TNPEE . SITO IN VIMERCATE VIA ROMA, 10

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31.12.'19 IL DICHIARANTE Roberta Marcelli

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:
☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MAPELLI SARA

nato/a a __

residente a _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

INCARICO LIBERO PROFESSIONALE PER LA ATTIVITA' DI LOGOPEDISTA

con decorrenza dal _____ al _____

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

COOPERATIVA LA MERIDIANA / CENTRO POLISPECIALISTICO COLIBRI' / CENTRO POLISPECIALISTICO PER IL BAMBINO, L'ADOLESCENTE L'ADULTO E LA FAMIGLIA / STUDIO PROFESSIONALE - PSICOLOGIA E NEUROPSICOMOTRICITA' PER L'ETA' EVOLUTIVA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 29/07/21 **IL DICHIARANTE** Mapelli Sara

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

- [X] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ALICE MARCHEGIANI

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE LP

con decorrenza dal 21.5.2021 al 30.06.2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

MEDICO USCA MONZA

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 21.05.2021 **IL DICHIARANTE** A Marchegiani

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 21/05/2021 *Firma del dipendente* _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Vimercate

U.O.C. Risorse Umane

QD_ENT_201710_116118

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a Francesco Mariani
nato/a a Monza il 20/03/1992 C.F. MRNFNC92C20F704O
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
Dirigente medico libero professionista presso UOSD Cure Subacute
con decorrenza dal 02/05/2018 al 01/05/2019
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

Medico di guardia libero professionista presso Polo Geriatrico Riabilitativo di Cinisello Balsamo;
Medico consulente libero professionista presso Ricovero F. Uboldi di Paderno Dugnano

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:

Firma
(per esteso e leggibile)

Lissone, 18/09/2018

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MASSIMILIANO MARIANI

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE C.P.

con decorrenza dal 21.5.2021 al 30.6.2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [X] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 21.5.21 IL DICHIARANTE Massimiliano Mariani

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 21/05/2021 *Firma del dipendente* _____

- [ ] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MARIANI SILVIA
nato/a a GIUSSANO il 25/6/76 C.F. MRN SLV 76H65 E051
residente a [redacted] Via [redacted] Tel [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO NELLA DISCIPLINA DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA
con decorrenza dal 1/5/19 al 30/04/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

POLISPECIALISTICA ARS MEDICA DI CUSANO CASTELLI
(PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME DI LIBERA PROFESSIONE).

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30/04/2019 IL DICHIARANTE Silvia Mariani

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:
☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MARIANI SILVIA
nato/a a GIUSSANO il 25/06/76 C.F. MRNSLV76H65E063T
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
DELIBERA N° 290 del 17.04.2020 INCARICO LIBERO PROFESSIONALE AMBULATORIO OSTETRICIA GINECOLOGIA con decorrenza dal 11/5/2020 al 10/5/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

ATTIVITA' LIBERA PROFESSIONALE VISITE AMBULATORIALI PRESSO
- CENTRO POLISPECIALISTICO ARS MEDICA
- CENTRO PHYSIODENT PIAZZA DI GIUSSANO.

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 11/05/2020 IL DICHIARANTE Silvia Mariani

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

U.O.C. Risorse Umane

DD_ENT_201710_118

ASST Brianza

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MARIANI SILVIA

nato/a a GIUSSANO il 25/6/76 C.F. MRN SLV 76H65 E038T

residente a BIASSONO Via MARCHI 56 Tel. 338 8412425

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

INCARICO LIBERO PROFESSIONALE - 15 ORE - MEDICO OCULISTA presso POLIAMBULATORIO DELL'ASST

con decorrenza dal 04/06/2022 al 31/05/23 n° 375 del 6/5/22

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione,
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE A TITOLO PRIVATO PRESSO

- STUDIO BIASSONO - VIA CESANA e VIALE ZARA

- STUDIO MARIANI - VIA SOLFERINO 56 MEDA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa,
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 6/6/2022 IL DICHIARANTE Silvia Mariani

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione allo svolgimento di attività professionali ai sensi dell'art. 15, comma 1, lett. c), del D.Lgs. n. 33/2013	16/02/2021	01	Pagina 1 di 1

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MARIANI SILVIA

nat*o*/a a M

residente a

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA

con decorrenza dal 13/03/2021 al 31/12/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

TNPEE PRESSO CENTRO MEDICO SANTAGOSTINO

TNPEE PRESSO CENTRO GRANCHIO ARCOBALENO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 29/03/2021 **IL DICHIARANTE** Silvia Mariani

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MARINELLI ANTONELLA
nato/a a GHOFAGLIE Il 05/06/94 C.F. MRNNNL94H45E205X
residente _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO LIBERO PROFESSIONALE PER LE ATTIVITA' DI INFERMIERE
con decorrenza dal MESE APRILE. al MESE GIUGNO 19/07/21
10/4/21
sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [X] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 7/04/21 **IL DICHIARANTE** Antonella Marinelli

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

- [X] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a MARINETTI ELISABETTA
nato/a a MILANO, il 15.12.73 C.F. MRNLBT73T55F205V
residente a [redacted] in Via [redacted] n. [redacted] c.a.p. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO LIB. PROF. OSTETRICIA - GINECOLOGIA
con decorrenza dal 1.8.17 al 31.7.19
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

- ATTIVITÀ LIBERO PROFESS. H VALDUCE COLED, FC VEDUCCO CAB EMBA / BERNAREGGIO / BESANA CENTRO UNIRED (NEUROLOGO) CENTRO MEDICINA SPORTIVA CARATE'

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data: OSNAGO, 19.10.17

Firma
(per esteso e leggibile)
[signature]

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MARINI PIERLUIGI
nato/a a SOLTO COLLINA BG il 28 5 52 C.F. MRNPLG52M05I812V
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
CO.CO.CO
con decorrenza dal 6/7/21 al 5/10/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 2/7/21 **IL DICHIARANTE** Marini

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a VALENTINA MARIOTTI
nato/a a MILANO il 23 05 73 C.F. MRTVNT73E63F205A
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) CONTRATTO LIBERO PROFESSIONALE CHIR. GINECOLOGO - CONSULENZA
con decorrenza dal 6 5 13 al 5 5 2019
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  - CONTRATTO LIBERO PROFESSIONALE CHIR. GINECOLOGO c/o ASST (ATTIVITA' ASSISTENZIALE)
  - LIBERA PROFESSIONE c/o AUTONOMIA PRIVATA CAB.

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data: VIMERCATE 10/10/2018

Firma (per esteso e leggibile) Valentina Mariotti

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

(l/la sottoscritto/a MANOTTI VALENTINA)
nato/a a MILANO il 23-05-78 C.F. MNTVLN78E63F205X
residente a [redacted] Via [redacted] Tel [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO LIBERO PROFESSIONALE PER MEDICO NELLA DISCIPLINA DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA con decorrenza dal 6/05/18 al 5/05/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

INCARICO LIBERO PROFESSIONALE PER ATTIVITÀ c/o CONSULTORIO DI VIMERCATE E CONVENZIONATO CON ASST VIMERCATE

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

STUDIO MEDICO INTORNO A LEI

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 6/05/18 IL DICHIARANTE Valentina Manotti

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a VALENTINA MANOTTI
nato/a a MILANO il 23 05 78 C.F. MNTVNT78E63F205J

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO LIBERO PROFESSIONALE per L'ATTIVITÀ di MEDICO nella DISCIPLINA di GINECOLOGIA e OSTETRICIA con decorrenza dal 1-08-18 al 31-07-2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ✓ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

INCARICO LIBERO PROFESSIONALE COME MEDICO GINECOLOGO NEL SERVIZIO DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA DELLO ASST di VIMERCATE IN VIGORE DAL 6/05/2019 AL 5/05/2020

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ✓ di non svolgere attività professionale;
- di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE DI MEDICO GINECOLOGO PRESSO STUDIO PRIVATO INTERNO ALL'

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31·07·18

IL DICHIARANTE Valentina Manotti

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 1 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:
1 La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto

ata _____ *Firma del dipendente* _____

L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e tro)

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a STEFANIA MAROTTA

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

INFERMIERE VACCINATORE COVID

con decorrenza dal 3/06/21 al 15/07/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 3/06/21 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 3/06/2021 *Firma del dipendente* _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ALICE MARRADI nato/a a _____ il _____

_____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) MEDICO VACCINATORE con decorrenza dal 7/02/2022 al 31/03/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ✓ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

  _____
  _____
  _____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 07/02/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO ALICE MARRADI

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a MARTI FEDERICO MARIA
nato/a a CARATE BRIANZA (MB) il 14/05/1985 C.F. MRTFRC85E14B729B
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO OCULISTA LIBERO PROFESSIONISTA
con decorrenza dal 21/05/18 al 29/9/19
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  LIB Prof. MEDICO OCULISTA c/o HUMANITAS GAVAZZENI (BG)
  POLICLINICO DI MONZA (MB)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs: 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data: VIMERCATE, 27/05/2018

Firma
(per esteso e leggibile)
Federico Maria Marti

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ANDREA MARZORATI

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

LIBERO PROFESSIONISTA PER ATTIVITA' VACCINALE

con decorrenza dal 23/04/2021 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 23/04/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MATTEO NAPOLITO

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

INFERMIERE PER ATTIVITA' VACCINALE L.P.

con decorrenza dal 29/4/2021 al 31/7/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

L.P. PRESSO SERVIZIO ADI CURE DOMICILIARI

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 29/4/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 29/04/2021 *Firma del dipendente* _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Piero Masc. Benedetti
nato/a a Roma il 08 04 1958 C.F. MSS PRI 58D03H501E
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

con decorrenza dal 10/12/19 al 10/12/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☑ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

Provincia Lombarda Unità Ente Privato consulenza ML in materia CTO Niguarda ASST consulenza ML 1/5/2014 30/4/2020

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

Libera professione in studio Privato

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 10/12/2019 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MASSIMO ANTONIO

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

INFERMIERE VACCINATORE CO. CO. CO.

con decorrenza dal 04/06/2021 al 31/7/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☒ di non svolgere attività professionale;

☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 04/06/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 04/06/2021 *Firma del dipendente* _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MASUCCO CLAUDIA
nato/a a
residente a
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
OPERATORE SOCIO SANITARIO
con decorrenza dal 28.12.20 al 27.06.2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

X di non svolgere attività professionale;

☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 22.12.2020 IL DICHIARANTE Masucco Claudia

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 22.12.2020 *Firma del dipendente* Masucco Claudia

X *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MAURI MATTEO

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE L.P

con decorrenza dal 27/04/2021 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☑ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 28/04/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 28/04/2021 *Firma del dipendente* _____

☑ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MAURO MARZIA

nato/a a _____

residente a _____

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

PSICOLOGA PSICOTERAPEUTA

con decorrenza dal 03/02/21 al 31/12/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

LIBERA PROFESSIONE C/O STUDIO PRIVATO

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 29/01/21 **IL DICHIARANTE** Mauro Marzia

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Angelica Maria Mazzocchi
nato/a a Monza il 30/06/1994 C.F.MZZNLC94H70F704K
residente a Milano Via G. Fiamma n. 9 Tel. 3339592165
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
incarico di natura libero-professionale per Progetto GAP – NOA di Vimercate
con decorrenza dal 06/06/2022 al 31/12/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  - Medico Vaccinatore presso ASST Monza e Brianza (Vimercate)
  - Video-consulenze di Medicina Generale per EpiCura

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 06/06/2022 **IL DICHIARANTE F.TO Angelica Maria Mazzocchi**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a PAOLO MAZZOCCHI

nato/a a CREMONA (CR) il 12/1°/1978 C.F. MZZPLA78E12D150J

residente a _____ Via _____

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

OCULISTA MEDICO DELLA DISCIPLINA DI OFTALMOLOGIA

con decorrenza dal 13/12/2020 al 12/12/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

COB Bergamo Via Coghetti 3

OPTICUME Curno (BG) Via Francesco Nanni 1/D

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 16/12/2019

IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MELIANTE MARIA

nato/a a AGRIGENTO il 21.05.1985 C.F. [redacted]

residente a [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

PSICOLOGA-PSICOTERAPEUTA NELL'AMBITO DI PROGETTI INNOVATIVI DELLA SALUTE MENTALE

con decorrenza dal 15.09.2020 al 31.12.2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

PSICOLOGA-PSICOTERAPEUTA CONSULENTE LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO ASST GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO NIGUARDA

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

"ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE COME PSICOLOGA-PSICOTERAPEUTA C/O STUDIO PRIVATO SITUATO IN VIA VITAR ASWI 13 MILANO d/o "IL CENTRO"

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 28.08.2020 IL DICHIARANTE Maria Meliante

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MARIA TERESA
nato/a a PETRALIA il 21-05-1985 C.F. MLNMRA85E61G942O
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LIBERO PROFESSIONALE c/o unità operativa di PSICHIATRIA nell'ambito del progetto innovativo TRIS
con decorrenza dal 1-01-2021 al 31-12-2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [ ] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [x] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

ASST CON NEUROPSICHIATRIA INFANTILE LIBERO PROFESSIONALE NELL'AMBITO DEL PROGETTO INNOVATIVO TRIS

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

C/O STUDIO "IL CENTRO" SITUATO IN VIA VITTOR PISANI 13 MILANO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data _____ IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MELIANTE MARIA nato/a a _____ il _____

_____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) LIBERO PROFESSIONALE COME PSICOLOGA-PSICOTERAPEUTA NELL'AMBITO DEI PROGETTI INNOVATIVI REGIONALI con decorrenza dal 01/01/2022 al 31/12/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ✓ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  C/O ASST GTANDE OSPEDALE METROPOLITANO NIGUARDA ATTIVITA' COME PSICOLOGA-PSICOTERAPEUTA NELL'AMBITO DEI PROGETTI INNOVATIVI REGIONALI SALUTE MENTALE DAL 01/09/2014 ANCORA IN CORSO

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  C/O STUDIO PRIVATO "IL CENTRO" ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE COME PSICOLOGA PSICOTERAPEUTA DAL 01/09/2014 ANCORA IN CORSO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 02/01/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO MELIANTE MARIA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Vimercate

U.O.C. Risorse Umane

QD_ENT_20196_411

Dichiarazione ai sensi dell'art. 15, comma 1, lett. c) del D.Lgs. n. 33/2013

Il/La sottoscritto/a VIRGINIO MEREGALLI matr. C50068

nato/a a USMATE VELATE (MB) il 27 / 2 / 1968

domiciliato per la carica a VIMERCATE (ASST VIMERCATE) (MB)

in via S.S COSMA e DAMIANO N10 in servizio presso

U.O. Ottalmia Giussano CARATE Brz in qualità di Collaboratore a titolo gratuito

(Unità Operativa, ubicazione) (Dirigente, Medico, Direttore, Consulente)

consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445, con riferimento alla propria posizione e all'incarico professionale di:

COLLABORATORE A TITOLO GRATUITO

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000

☒ di NON svolgere incarichi o di NON essere titolare di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione o di NON svolgere attività professionali;

☐ di svolgere incarichi o di essere titolare di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione o di svolgere attività professionali, come di seguito elencato:

Attività Privata Professionale presso proprio studio

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 27/2/2020

IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

FIRMA DEL DIPENDENTE

Data _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Dichiarazione ai sensi dell'art. 15, comma 1, lett. c) del D.Lgs. n. 33/2013	27/06/2019	01	Pagina 1 di 1

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a ROBERTA MERLONI
nato/a a MILANO, il 25.02.1971 C.F. MRLRRT71B65F205N
residente a [redacted] in Via [redacted] n. 52 c.a.p. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO DI LIBERA PROFESSIONE
con decorrenza dal _____ al _____
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

di non svolgere attività professionale;
X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
LIBERA PROFESSIONE incarico su Contratto ospedaliero

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:

Vimercate

Firma
(per esteso e leggibile)

Roberta Merloni

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a ROBERTA HERRONI
nato/a a MILANO, il 25.02.1971, C.F. HRLRRT71B65F205N
residente a [redacted] in via [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) CONTRATTO DI LIBERA PROFESSIONE IN CURE PALLIATIVE
con decorrenza dal 1.7.2018 al 30.06.2019
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:

Vimercate, 10.10.2018

Firma
(per esteso e leggibile)
Roberta Herroni

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MEROLLA STEFANO
nato/a a MILANO
residente a
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) INCARICO LIBERO PROFESSIONALE di PSICOLOGO DEL SERVIZIO DI NEUROPSICOLOGIA CLINICA DELL'UOC DI NEUROLOGIA DEL PRESIDIO DI DESIO.
con decorrenza dal 19-04-2021 al 18-04-2022.

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

PSICOLOGO NEUROPSICOLOGO LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO IL SERVIZIO DI NEURORIABILITAZIONE COGNITIVA DEGLI ISTITUTI CLINICI ZUCCHI DI DESIO E CARATE (STRUTTURA PRIVATA ACCREDITATA)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 16-04-21. IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MONICO LUCA
nato/a a _____ il 8/1/1985 C.F. MNCLCU85L08L565L
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
ASSUNTO DI MEDICO INCARICATO ALLE FUNZIONI DI NEUROLOGIA
con decorrenza dal 1/1/20 al 31/12/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE DI MEDICINA GENERALE PRESSO REPARTI DI SUB-ACUTI PRESSO L'OSPEDALE DI GIUSSANO

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/1/2020

IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MODENESE
nato/a a [redacted] il 8/1/1975 C.F. MDNLCV85L07L565L
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

con decorrenza dal 30/4/2013 al 29/4/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [ ] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [x] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

INCARICO PER L'ATTIVITÀ DI MEDICO INCARICATO DELL'ATTIVITÀ DI ACCERTAMENTO DI MEDICINA NECROSCOPICA PRESSO ASST DI VIMERCATE

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30/4/2013 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a MODENESE LUCA
nato/a a VALDOBBIADENE (TV) il 3/7/1985 C.F. MDN LCU 85L03L565L
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO LIBERO PROFESSIONALE PER L'U.O.C. CURE SUB. ACUTE
con decorrenza dal 30/4/18 al 29/6/18
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [X] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:

VIMERCATE 26/6/18

Firma
(per esteso e leggibile)

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a MODENESE LUCA
nato/a a VALDOBBIADENE, il 21/7/85, C.F. MDN LCU 85L 21 L565L
residente a [redacted] in via [redacted] n. [redacted] c.a.p. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO INCARICATO ALLO SVOLGIMENTO DEGLI AVVICENDAMENTI DI MEDICINA NECROSCOPICA con decorrenza dal 31/1/18 al 31/12/2018
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE DI MEDICO PRESSO IL REPARTO DI CURE SUBACUTE DELL'OSPEDALE DI GIUSSANO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:

VIMERCATE 7/12/2018

Firma
(per esteso e leggibile)

Luca Modenese

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

Socio Sanitario

Regione Lombardia

U.O.C. Risorse Umane

QD_ENT_201710_118

Brianza

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Iscritto/a MORESCHI LUCA

VALDOBBIADENE il 08/07/1955 C.F. MRSLCU55L08L565L

e a MILANO Via ORTICA, 11 Tel. 3472166913

ione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

_____

rrenza dal _____ al _____

ropria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 el caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

I – INCARICHI E CARICHE

di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

INCARICO LIBERO PROFESSIONALE PER CONTO DI ASST-BRIANZA PSR 20

SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ DI MEDICINA NECROSCOPICA

_____

II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

di non svolgere attività professionale;

di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;

di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;

di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

14/2021 **IL DICHIARANTE** _____

dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

scrizione viene apposta davanti al dipendente addetto

_____ ***Firma del dipendente*** _____

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MORENESE LUCA
nato/a a VALDOBBIADENE il 3/2/1985 C.F. MRNLCU85L03L565L
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO DA ASSEGNARE ALLA U.O.S.D. CURE SUBACUTE
con decorrenza dal 30/4/20 al 29/4/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  SOSTITUZIONE DI MMG PER CONTO DI ATS BRIANZA
  DAL 1/4/20 AL 31/5/20

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 28/4/20 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ANDREA NODIGNANI

nato/a a MILANO il 12-12-1981 C.F. NDGNDR81T12F205I

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

_____

con decorrenza dal _____ al _____

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

ASST CONSULENTE PSICOLOGO LIBERO PROFESSIONISTA.

PRESSO ASST FBF-SACCO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/12/2019 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LODIGIANI ANDREA

nato/a a MILANO il 17-12-1971 C.F. LDGNDR71T17F205S

residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

CONSULENZA TECNOLOGO

con decorrenza dal 01/01/18 al 31/12/18

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

CONSULENZA TECNOLOGO-PSICOTERAPEUTA PRESSO COMUNITÀ MONTANA DELLA VALTELLINA - MORBEGNO DAL 11-1-13 AL 20-12-18

78 h ORE A 50 ORE PER 28,00 €

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 3-1-19 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 3/1/19 *Firma del dipendente* [signature]

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MODIGNANI ANDREA nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) CONSULENTE PSICOLOGO NELL'AMBITO DEI PROGETTI INNOVATIVI DI SALUTE MENTALE con decorrenza dal 01/01/2021 al 31/12/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____

  _____

  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

  STUDIO PROFESSIONALE – LIBERO PROFESSIONISTA PSICOLOGO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 04/01/2021 **IL DICHIARANTE** F.TO MODIGNANI ANDREA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a MOHAMMADI AFSHIN
nato/a a TEHERAN (IRAN) il 31/12/1966 C.F. MHMFHN66T31Z224B
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO LIBERO PROFESSIONE MEDICINA NECROSCOPICA
con decorrenza dal 01/01/2017 al 31/12/2019

sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettere c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [X] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data: VEDANO AL LAMBRO 18/10/2017

Firma
(per esteso e leggibile)

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MOHAMMADI AFSHIN
nato/a a TEHERAN (IRAN) il 31/12/1966 C.F. MHMFHN66T31Z224B
residente a V Te
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO DI MEDICINA NECROSCOPICA
con decorrenza dal 01/1/2010 al 31/12/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

MEDICO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE (MCA) SOSTITUZIONE NON TITOLARE ATS BRIANZA

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

☒ di non svolgere attività professionale;

☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 04/01/2020 IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ALESSANDRO MOIOLI
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico):
INCARICO LIBERO PROFESSIONALE PER L'ATTIVITA' DI GEOLOGO
con decorrenza dal 04.06.2021 AL 31.12.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

□di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☑ di non svolgere attività professionale;

□ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione)

-

- ☑ DIPENDENTE DI AZIENDA PRIVATA "FONDAZIONE AMBROSIANA CULTURA ED EDUCAZIONE CATTOLICA COME INSEGNATE SCUOLA II DI II GRADO.

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 04.06.2021 **IL DICHIARANTE F.TO ALESSANDRO MOIOLI**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MOLENT CARLO

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE C.P.

con decorrenza dal 03/05/2021 al 31/07/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO PROPRIO STUDIO

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30/04/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

- [X] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

L/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
_____
con decorrenza dal _____ al _____

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati e finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale,
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

  _____
  _____
  _____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs n. 33/2013, la presente dichiarazione verrà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data _____ IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, essendo resa ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene sottoscritta a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MONTALBANO LEDA nato/a a _____ il _____

_____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) MEDICO VACCINATORE LP con decorrenza dal 4/06/2021 al 31/07/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ✓ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

  _____
  _____
  _____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 04/06/2021 **IL DICHIARANTE** F.TO MONTALBANO LEDA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MONTI ILARIA
nato/a a MONZA il 21/05/81 C.F. MNTLRI81E61F704J
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGA NELLA DISCIPLINA DI PSICOTERAPIA CON INCARICO DI PRESTAZIONE DI COLLABORAZIONE PROFESSIONALE IN REGIME DI LAVORO AUTON. con decorrenza dal 12/05/19 al 11/05/22

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

PSICOLOGA E PSICOTERAPEUTA LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO IL CENTRO DAD POLIDIAGNOSTICO S.R.L. (VIA NOVEMBRE 26 A BARZANÒ LC); PRESSO IL PROPRIO STUDIO PRIVATO; INOLTRE SOCIA DI ARTICA COOPERATIVA SOCIALE ONLUS (ATTUALMENTE SENZA INCARICHI)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 10/05/19 IL DICHIARANTE Ilaria Monti

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a MONTI ILARIA
nato/a a MONZA il 21/05/81 C.F. MNTLRI81E61F704I
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGA NELLA DISCIPLINA DI PSICOTERAPIA CON INCARICO DI PRESTAZIONI DI COLLABORAZIONE PROFESSIONALE IN REGIME DI LAVORO AUTONOMO con decorrenza dal 12/05/18 al 11/05/19
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  PSICOLOGA E PSICOTERAPEUTA LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO IL CENTRO CAB POLIDIAGNOSTICO S.r.l. (VIA NOVEMBRE 26 A BARZANÒ' LC) E PRESSO IL PROPRIO STUDIO PRIVATO. INOLTRE SOCIA DI ATIPICA COOPERATIVA SOCIALE ONLUS (ATTUALMENTE SENZA INCARICHI LAVORATIVI)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:

VIMERCATE, 11/10/2018

Firma
(per esteso e leggibile)

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MONTI ILARIA
nato/a a MONZA il 21/05/81 C.F. MNTLRI81E61F704I
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGA NELLA DISCIPLINA DI PSICOTERAPIA CON INCARICO DI PRESTAZIONE DI COLLABORAZIONE PROFESSIONALE IN REGIME DI LIBERO ARTISTA con decorrenza dal 01/07/2020 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

PSICOLOGA E PSICOTERAPEUTA PRESSO IL PROPRIO STUDIO PRIVATO SITO IN CASATENOVO VIA L. DA BESOZZO 4 E PRESSO CAB POLIDIAGNOSTICO S.R.L VIA IV NOVEMBRE 26 a BARZANÒ

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30/06/2020 IL DICHIARANTE Ilaria Monti

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MONTI ILARIA
nato/a a MONZA il 21/05/81 C.F. [redacted]
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGA NELLA DISCIPLINA DI PSICOTERAPIA CON INCARICO DI PRESTAZIONE DI COLLABORAZIONE PROFESSIONALE IN REGIME DI LAVORO AUTONOMO con decorrenza dal 01/07/2020 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

PSICOLOGA E PSICOTERAPEUTA PRESSO IL PROPRIO STUDIO PRIVATO SITO IN CASATENOVO VIA L. DA VINCI 4
E PRESSO CAB POLIDIAGNOSTICO S.R.L. VIA IV NOVEMBRE 26 a BARZANÒ

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30/06/2020 IL DICHIARANTE Ilaria Monti

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:
☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MONTI ILARIA
nato/a a __
residente a __
In relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGO LIBERO PROFESSIONISTA SPECIALISTA NELLA DISCIPLINA DI PSICOTERAPIA
con decorrenza dal 01/07/2021 al 30/06/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  PSICOLOGO E PSICOTERAPEUTA LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO IL PROPRIO STUDIO PRIVATO SITO IN CASATENOVO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 01/07/2021 **IL DICHIARANTE** Ilaria Monti

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Monti Ilaria
nato/a a Monza il 21/05/81 C.F. MNTLRI81E61F704I
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) :
collaborazione professionale in regime di lavoro autonomo come psicologo nella disciplina di psicoterapia
con decorrenza dal 01/07/2022 al 30/06/2023

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

Psicologa e Psicoterapeuta presso il proprio studio privato

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 01/07/2022 **IL DICHIARANTE**
F.TO ILARIA MONTI

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

X l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MANUELA MORASSI
nato/a a MILANO il 21/02/1989 C.F. MRSMNL89B61F205R
residente a [redacted] Via [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LIBERO PROFESSIONALE - INPEF
con decorrenza dal 01/01/19 al 31/12/19

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☑ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

LIBERA PROFESSIONISTA - INPEF - ASST NORD MILANO
circa 43 ore dal (20€ ora) gen 2019 - feb 2019

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

Vedi sopra.

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 07/01/19 IL DICHIARANTE Manuela Morassi

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 07/01/2019 *Firma del dipendente* [redacted]

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a MORASSI HANNEA
nato/a a MILANO, il 21/02/1989, C.F. MRSHNL89B61F205R
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LIBERA PROFESSIONISTA - TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA con decorrenza dal 01/01/18 al 31/12/18
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  LIBERO PROFESSIONISTA - TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA - ASST NORD MILANO - DAL 2016 AD OGGI

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  LIBERA PROFESSIONISTA - TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA - ASST NORD MILANO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:
10/10/2018

Firma
(per esteso e leggibile)
[signature]

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a GEMA NOELIA MORENO GRANADOS
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico):
INCARICO DI NATURA LIBERO PROFESSIONALE PSICOLOGO –PROGETTI INNOVATIVI DI SALUTE MENTALE
con decorrenza dal 14.03.2022 AL 31.12.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

□di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

□ di non svolgere attività professionale;

☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione)

LIBERO PROFESSIONISTA AMBULATORI HUMANITAS MEDICAL CARE LAINATE E ARESE
LIBERO PROFESSIONISTA PER MEDELIT SRL MEDICI A DOMICILIO
ATTIVITA' DI DOCENZA SCUOLA ASIPSE MILANO
LIBERO PROFESSIONISTA IN STUDIO PRIVATO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 06.01.2022 **IL DICHIARANTE F.TO GEMA NOELIA MORENO GRANADOS**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a GEMA NOELIA MORENO GRANADOS

nato/a a MADRID (SPAGNA) il 20.04.1974 C.F. MRNGNL74D60Z131Z

residente a _

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

INCARICO DI NATURA LIBERO PROFESSIONALE PROGETTI INNOVATIVI DI SALUTE MENTALE

con decorrenza dal 20.04.2021 al 31.12.2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

LIBERO PROFESIONISTA AMBULATORI HUMANITAS MADICAL CARE LAINATE E ARESE

LIBERO PROFFESIONISTA PER MEDELIT SRL MEDICI A DOMICILIO

ATTIVITA DI DOCENZA SCUOLA ASIPSE MIILANO

LIBERO PROFESSIONISTA IN STUDIO PRIVATO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 16.04.2021 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a HUSSI MELANIA
nato/a a BOLLATE (MI) il 31/01/83 C.F. HSSMLN83A71A940F
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LOGOPEDISTA
con decorrenza dal 01/09/19 al 31/12/19

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  - STUDIO PRIVATO VIA A. GRAMSCI 32 USSONE (MB) - LOGOPEDISTA LP
  - ASSOCIAZIONE IN RELAZIONE VIA GHIBELLINI 96 DERVIO (LC) - LOGOPEDISTA LP

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 04/01/19 IL DICHIARANTE Melania Hussi

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

[X] *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 4/1/19 *Firma del dipendente* [signature]

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MELANIA MASSI
nato/a a POLIATE (MI) il 31.07.1992 C.F. MSSMLN92A71A522F
residente _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LOGOPEDISTA LP NELL'AMBITO DEL PROGETTO (INNOVATIVI REGIONALI
con decorrenza dal 01.01.20 al 31.12.20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

X di non svolgere attività professionale;

di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

STUDIO PRIVATO (USMATE, MB) LOGOPEDISTA LP
ASSOCIAZIONE INTERAZIONE (OREGO, MB) LOGOPEDISTA LP

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31.12.19 IL DICHIARANTE Melania Massi

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MELANIA MUSSI
nato/a a BOLIATE (MI) il 31.01.1983 C.F. MSSMLN83A71A940F
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LIBERA PROFESSIONE PER LOGOPEMSTA NELL'AMBITO DEI PROGETTI INNOVATIVI DI SALUTE MENTALE con decorrenza dal 1.1.21 al 31.12.21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  - STUDIO PRIVATO Lissone Via Gramsci 33 -> LOGOPEMSTA LP
  - STUDIO PRIVATO IN RELAZIONE DEBD Via Sabellici 84 -> LOGOPEMSTA LP.

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31.12.2020 **IL DICHIARANTE** Melania Mussi

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MELANIA MUSSI

nato/a a _

residente a _

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LIBERA PROFESSIONE PER LOGOPEMSFA NELL'AMBITO DEI PROGETTI INNOVATIVI DI SALUTE MENTALE con decorrenza dal 1.1.21 al 31.12.21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  - STUDIO PRIVATO Lissone Via Gramsci 33 -> LOGOPEMSFA LP
  - STUDIO PRIVATO IN RELAZIONE DEBD Via Sabellico 84 -> LOGOPEMSFA LP.

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31.12.2020 **IL DICHIARANTE** Melania Mussi

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MELANIA LUSSI

nato/a a _____

residente a _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

LP in qualità di specialista nell'ambito dei progetti innovativi di salute mentale

con decorrenza dal 08.07.2021 al 31.12.2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

1. STUDIO PRIVATO di LUSSAR; LP Logopedista
2. STUDIO PRIVATO "INTERAZIONE" di ARNO; LP Logopedista

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 08.07.2021 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

- [x] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MUSSI MELANIA nato/a a il

C.F.

residente a Via Tel.

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) NATURA LIBERO PROFESSIONALE A 6 LOGOPEDISTI NELL'AMBITO DEIPROGETTI INNOVATIVI REGIONALI con decorrenza dal 01/01/2022 al 31/12/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  DOCENTE PRESSO L'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO CON CONTRATTO LIBERO PROFESSIONALE

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  STUDIO PRIVATO (LISSONE, MB) – LOGOPEDISTA LP
  STUDIO INRELAZIONE (DESIO, MB) – LOGOPEDISTA LP

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/12/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO MUSSI MELANIA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a M'ZIAN LAILA nato/a a _____ il _____
_____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) _____ con decorrenza dal 16/08/2021 al 30/09/2021
sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  INFERMIERA FATEBENEFRATELLI DI CERNUSCO SUL NAVIGLIO A TEMPO INDETERMINATO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 16/08/20201 **IL DICHIARANTE** F.TO M'ZIAN LAILA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l*'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a NADAI IN MARTA
nato/a a MONZA il 30/07/96 C.F. [redacted]
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO IN LIBERA PROFESSIONE DA MEDICO
con decorrenza dal 22/05/2021 21/11/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 11/05/2020 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a NANNINI ALESSANDRA nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) MEDICO VACCINATORE LP con decorrenza dal 3/06/2021 al 31/07/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ✓ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 03/06/2021 **IL DICHIARANTE** F.TO NANNINI ALESSANDRA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CHIARA NESINA
nato/a a SONDRIO il 10/12/98 C.F. NSNCHR98T50I829L
residente a
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
CO.CO.CO CPS OSTETRICA
con decorrenza dal 01/08/2021 al 31/10/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30/07/2021 **IL DICHIARANTE** Chiara Nesina

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 30/07/21 ***Firma del dipendente*** Marchesi Roberta

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a ELISA OGGIONNI
nato/a a VIMERCATE il 29.02.84 C.F. GGNLSE84B69M052L
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) INCARICO LIBERO PROFESSIONALE NELLA QUALIFICA DI DIRIGENTE MEDICO PNEUMOLOGO con decorrenza dal 04.05.17 al 30.04.18
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

✓ di non svolgere attività professionale;

di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:

VIMERCATE 11.10.2017

Firma
(per esteso e leggibile)

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Daniela Ojeda Mercado
nato/a a Città del Messico (MEX) il 07/05/1989 C.F. OJDMNL89E47Z514Y
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
Dietista

con decorrenza dal 01/09/2022 al _____

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione,
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

Libero professionista, Ospedale Koliker, Torino

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione

Data 05/09/2022 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art 37 comma 1 D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a mezzo degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto.

- [ ] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione allo svolgimento di attività professionali ai sensi dell'art. 15, comma 1, lett. c), del D.Lgs. n. 33/2013	27/05/2022	02	Pagina 1 di 1

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a OSTALDO MARTA
nato/a a DESIO, il 08/03/85, C.F. STLMRT85C48D286B
residente a [redacted] e
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LOGOPEDISTA IN LIBERA PROFESSIONE PRESSO S.C. DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE sull'AMBITO TERRITORIALE MONZESE con decorrenza dal 01/01/17 al 31/12/17
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [X] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data: GUSSAGO, 05/10/17

Firma
(per esteso e leggibile)
Marta Ostaldo

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

Scanned by CamScanner

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MARTINA ORNAGHI

nato/a a MONZA il 26/04/1985 C.F. RNGMTN85D66F704C

residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

INCARICO LIBERO PROFESSIONALE PER L'ATTIVITÀ DI MEDICO PER U.O.C. CURE PALLIATIVE

con decorrenza dal 2/3/2020 al 1/3/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

INCARICO LIBERO PROFESSIONALE NOME MEDICO PRESSO IL RIFFO R.S.A
SEDE LEGALE VIA M. BIANCHI 17 MONZA (20900 - MB)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 24/2/2020 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MARTINA CAVALLI

nato/a a ___

residente a ___

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

INCARICO LIBERO PROFESSIONALE PER ATTIVITÀ DI MEDICO DA ASSEGNARE ALLA UOC CURE PALLIATIVE con decorrenza dal 09-03-2021 al 09-03-2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

___

___

___

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [X] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

___

___

___

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 09-03-2021 IL DICHIARANTE Martina Cavalli

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data ___ *Firma del dipendente* ___

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MARTINA ORNAGHI
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico):
INCARICO LIBERO PROFESSIONALE PER ATTIVITA' DI MEDICO DA ASSEGNARE ALLA UOC CURE PALLIATIVE
con decorrenza dal 15.03.2022 AL 14.03.20232

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

□di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☑ di non svolgere attività professionale;

□ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 14.03.2022 **IL DICHIARANTE F.TO ORNAGHI MARTINA**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Chico Ana Paola
nato/a a Cristalnoano Nadi (E) il [illegible] C.F. PCLCRN[illegible]
residente in [illegible] Via [illegible] Tel [illegible]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
Medico nell'ambito dei Progetti Innovativi di Salute Mentale con decorrenza dal 1.1.20 al 31.12.20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

Asst Piacenza - Resp. Dipartimento di Salute Mentale
Dal 2018 a oggi - libera professione per 18 h sett.

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

Studio privato

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31.12.2019 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Chiara Anna Pasi
nato/a a Castelnuovo Ne' Monti (RE) il 26.7.76 C.F. PSLCRN76L66C219J
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
Psicologa Specialista
con decorrenza dal 1.1.19 al 31.12.19

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

AUSL Piacenza

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

Studio Privato
AUSL Piacenza

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 8.1.19 IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 8/1/19 *Firma del dipendente*

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LORELLA VALENTINA POLVERA
nato/a a SESTO S. GIOVANNI il 31/01/1964 C.F. PLVLNV64A71I682Q
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
DIRIGENTE DI PSICOLOGIA
con decorrenza dal 1/1/19 al 31/12/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

ATTIVITA' DI FORMAZIONE/CONSULENZA PRIVATA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 21/12/18 **IL DICHIARANTE** [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 21/12/18 *Firma del dipendente* [signature]

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Vimercate

U.O.C. Risorse Umane

QD_ENT_201710_116118

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a PALAZZO MARIACHIARA
nato/a a POTENZA il 17-01-92 C.F. PLZMCH92A57G942N
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

con decorrenza dal 12.11.19 al 30.4.20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- di non svolgere attività professionale;
- di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

LIBERA PROFESSIONE SVOLTA SU CHIAMATA DI ENTI PRIVATI

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 11-11-19 IL DICHIARANTE Mariachiara Palazzo

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione allo svolgimento di attività professionali ai sensi dell'art. 15, c. 1, lett. c), del d.lgs. 33/2013	03/10/2017	01	Pagina 1 di 1

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a PALMIERI SONIA
nat[illegible]/a a LECCO il 2/6/76 C.F. PLMSNO76H62E507L
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO LIBERO PROFESSIONISTA DIP. OFTALMOLOGIA
con decorrenza dal 1/9/18 al 31/8/19
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  MEDICO SPECIALISTA C/O STRUTTURE ACCREDITATE GRUPPO S. DONATO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:

VIMERCATE 1/9/2018

Firma
(per esteso e leggibile)

Sonia Palmieri

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a PALUMBO SONIA
nato/a a LECCO il 21/8/76 C.F. PLMSNO76M61E507L
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
ATTUALE UNICO PROFESSIONALE CHE OCCUPA IL N° 2020/SPA. con decorrenza dal 1/9/2018 al 31/8/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
ATTUALE OCCUPAZIONE IN LIBERA PROFESSIONE C/O GRUPPO SAN DONATO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data _____ IL DICHIARANTE Sonia Palumbo

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a PANDURO SAAVEDRA WILSON
nato/a a AYACUCHO - PERU il 20-9-69 C.F. [redacted]
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
STRUMENTISTA SALA OPERATORIA
con decorrenza dal _____ al _____

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio) HUMANITAS BOLZANO. STRUMENTISTA LIBERO PROFESSIONISTA

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 15-10-2020 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15. C. 1. LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a PANDURO SARUSPNA WILSON
nato/a a [redacted] il [redacted] C.F. [redacted]
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
EMERGENZA COVID
con decorrenza dal 12/3/20 al

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
INFERMIERE STRUMENTISTA, PRESSO CLINICHE FAVAZZINI BERGAMO. (GCOOP)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 12-03-2020 IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a PAOLETTI MONIA

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE L.P. con decorrenza dal 3/6 al 31/7/21

con decorrenza dal _____ al _____

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 15/06/2021 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 15/06/2021 *Firma del dipendente* _____

- [ ] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ORNAGO DUCE MARGHERITA

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE CP

con decorrenza dal 06/05/21 al 30/06/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [X] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 19/5/21 **IL DICHIARANTE** Duce Margherita Ornago

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 19/05/2021 ***Firma del dipendente*** _____

- [ ] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ALESSANDRA NANNINI
nato/a a _____ il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO VACCINATORE LP
con decorrenza dal 31/05/2021 al 31/07/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☑ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 03/06/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 03/06/2021 *Firma del dipendente* _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LEDA MONTALBANO
nato/a a _____ il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
Medico Vaccinatore UP
con decorrenza dal 4/6/2021 al 31/07/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☑ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 4/6/2021 **IL DICHIARANTE** Leda Montalbano

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Orio Mario Ludovico Mandelli

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

Medico Vaccinato RSA C.P

con decorrenza dal 12/07/21 al 30/09/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 12/07/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SILVANA SILVIA PAPANDREA
nato/a a _____ il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) MEDICO VACCINATORE (CAMPAGNA VACCINALE ANTI-SARSCOV2) con decorrenza dal 13/09/2021 al 30/06/2022
sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  MEDICO DOCENTE CORSI PRIMO SOCCORSO:
  - NOVEMBRE 2021 PRESSO ECOL STUDIO SPA
  - TECNOLOGIE D'IMPRESA SRL (ATTIVITA' NON ANCORA INIZATA)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 27/05/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO SILVANA SILVIA PAPANDREA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a PARACHINI LUCA
nato/a a BORGOMANERO (NO) il 10/03/1971 C.F. PRCLCU71C10B019K
residente a
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
CO. CO. CO
con decorrenza dal 04/06/2021 al 31/08/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☒ di non svolgere attività professionale;

☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 04/06/2021 **IL DICHIARANTE**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 4/06/21 *Firma del dipendente* Marchesi Roberto

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CINZIA PARISI
nato/a a GIUSSANO il 27.06.1967 C.F. PRSCNZ 67H67E063H
residente a [redacted] Via [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGO nella DISCIPLINA in PSICOTERAPIA (ETIM + CPS VIMERCATE)
con decorrenza dal 1.01.19 al 31.12.2019

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  SU INCARICO AUTORITA' GIUDIZIARIA – NON CONTINUATIVO MA SPECIFICO PROCEDIMENTO PENALE / CIVILE –

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  STUDIO CLINICO PRIVATO
  ANPIDA - COOPERATIVA SOCIALE ONLUS

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 17.01.2019 IL DICHIARANTE Cinzia Parisi

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:
☒ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 17.01.2019 *Firma del dipendente* [redacted]

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagine
Dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione allo svolgimento di attività professionali ai sensi dell'art. 15, c. 1, lett. c), del d.lgs. 33/2013	03/10/2017	01	Pagina 1 di 1

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI

AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CINZIA PARISI
nato/a a GIUSSANO il 27.06.1987 C.F. PRSCNZ87H67E063H
residente a _____ Via _____
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione ... incarico)
PSICOLOGO SPECIALISTA NELLA DISCIPLINA DELLA PSICOTERAPIA
con decorrenza dal 1.1.2016 al 31.12.2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [ ] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [X] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  TRIBUNALE DI PROCURA / PERITO E CONSULENTE / CONFERIMENTO DI INCARICO / SECONDO VACAZIONE RICONOSCIUTA DALL'AG

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  PSICOLOGA PRIVATA IN STUDIO PRIVATO
  PSICOLOGA TUTELA MINORI COMUNE DI INCARICO ANPICA COOP ONLUS

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31.12.2019 IL DICHIARANTE Cinzia Parisi

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CINZIA PARISI
nato/a a GIUSSANO il 27.06.1987 C.F. PRSCNZ87H67E063H
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGO SPECIALISTA NELLA DISCIPLINA DI PSICOTERAPIA
con decorrenza dal 11.2021 al 31.12.2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  CONTRATTO CONSULENZA PROFESSIONALE - ATIACA COOP. SOCIALE ONLUS
  CONFERIMENTI INCARICHI - MINISTERO DI GIUSTIZIA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 11.01.2021 IL DICHIARANTE Cinzia Parisi

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Cinzia Parisi
nato/a Giussano il 27/06/1987 C.F. PRSCNZ87H67E063H
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
psicologo psicoterapeuta nell'ambito del progetto "interventi territoriali in psichiatria e case di comunità ad alta intensità

con decorrenza dal 1/09/2022 al 31/12/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

X di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

Ministero di Giustizia con nomina in qualità di Perito o Consulente Tecnico

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

Studio Privato

Cooperativa Atipica Onlus – Psicologo psicoterapeuta tutela minori

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 08/08/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO Cinzia Parisi

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SERGIO PARISI nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) MEDICO VACCINATORE con decorrenza dal 01/05/2022 al 30/06/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  - SPECIALIZZANDO RADIODIAGNOSTICA UNISR

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26/05/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO SERGIO PARISI

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ILARIA PASSONI
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico):
INCARICO DI NATURA LIBERO PROFESSIONALE PSICOLOGO NELL'AMBITO DEI PROGETTI INNOVATIVI DI SALUTE MENTALE
con decorrenza dal 01.01.2022 AL 31.12.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

□ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

□ di non svolgere attività professionale;

☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione)

- ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE IN STUDIO PRIVATO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 02.01.2022 **IL DICHIARANTE F.TO ILARIA PASSONI**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Vimercate

U.O.C. Risorse Umane

QD_ENT_201710_116118

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ILARIA PASSONI
nato/a a RHO il 28/04/1990 C.F. PSSLRI90D68H264K
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO DI NATURA LIBERO PROFESSIONALE - PSICOLOGO NELL'AMBITO DEI PROGETTI INNOVATIVI DI SALUTE MENTALE con decorrenza dal 4/01/2021 al 31/12/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [ ] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [x] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

ATS INSUBRIA CONTRATTO DI COLLABORAZIONE LIBERO PROFESSIONALE A PARTIRE DA GENNAIO 2021, 16 H SETTIMANALI

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE IN STUDIO PRIVATO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 4/01/2021 IL DICHIARANTE Ilaria Passoni

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 4/01/2021 *Firma del dipendente* Ilaria Passoni

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione allo svolgimento di attività professionali ai sensi dell'art. 15, c. 1, lett. c), del d.lgs. 33/2013	03/10/2017	01	Pagina 1 di 1

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a PASTENA DAVIDE nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) VACCINAZIONE ANTI COVID con decorrenza dal 01/12/2021 al 30/06/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ✓ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 29/05/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO PASTENA DAVIDE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a PATERNOSTRO VALENTINA

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

INFERMIERA PER CAMPAGNA VACCINALE CO CO CO

con decorrenza dal 30/04/2021 al 31/07/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30.04.2021 **IL DICHIARANTE** Valentina Paternostro

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 30.04.2021 ***Firma del dipendente*** _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a GIULIA PANONE

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE C.P.

con decorrenza dal 6/05/2021 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☑ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 28/05/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 28/05/2021 *Firma del dipendente* _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Franco Pazzucconi
nato/a a ___ il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____ in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di Incarico collaborazione per attività vaccinale - contratto prot.n.21389/2021 con decorrenza dal 1 luglio 2021 al 30 giugno 2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

Incarico libero professionale di consulenza in Farmacologia Clinica c/o Comitato Etico Indipendente dell'IRCCS Humanitas Mirafiore, durata annuale.

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

Attività Libero professionale Clinica presso studio privato

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.



Data 27 maggio 2022 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

Dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o alla titolarità dicariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione allo svolgimento di attività professionali ai sensi dell'art. 15, comma 1, lett. c), del D.Lgs. n. 33/2013	16/02/2021	01	Pagina 1 di 1

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ALBINI FEDERICA
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico):
PSICOLOGO LP PROGETTO RIABILITAZIONE COGNITIVO MOTORIA IN STROKE UNIT
con decorrenza dal 17.05.2022 AL 16.05.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

□di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

□ di non svolgere attività professionale;

☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione)

- LP HUMANITAS MIRASOLE SPA CASA DI CURA SAN PIO XI FINO AL 28.02.2023
- LP ASST VALLE OLONA FINO AL 30.06.2022
- LP MOSAICO HOME CARE SRL

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 06.05.2022 **IL DICHIARANTE F.TO FEDERICA ALBINI**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ALBINI FEDERICA
nato/a a VOGHERA il 7/04/1990 C.F. LBNFRC90D47M109G
residente a VOGHERA Via DON STEFANO SERIA, 13 Tel 3383332693
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGO LP PROGETTO "RIABILITAZIONE COGNITIVO-MOTORIA IN STROKE-UNIT
con decorrenza dal 17-5-2022 al 16-5-2023

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

LP: HUMANITAS MIRASOLE SPA - CASA DI CURA SAN PIO X fino al 28/02/2023
LP: ASST VALLE OLONA fino al 30/06/2022
LP: MOSAICO HOME CARE SRL

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione

Data 6/05/2022 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata o resa ai sensi degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 6/5/2022 *Firma del dipendente* [signature]

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ROBERTA ALMASIO
nato/a a BUSTO ARSIZIO (VA) il 28/10/1989 C.F. LMSRRT89R68B300Q
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO DI NATURA LIBERO PROFESSIONALE - PSICOLOGO PROGETTO GAP con decorrenza dal 21/12/20 al 31/12/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  PSICOLOGO - INCARICO DI NATURA LIBERO PROFESSIONALE PRESSO ASST VIMERCATE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 16/12/2020 **IL DICHIARANTE** Roberta Almasio

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ROBERTA ALMASIO

nato/a a

residente

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO LIBERO-PROFESSIONALE PSICOLOGO PROGETTO PIANO LOCALE GAP

con decorrenza dal 06/04/2021 al 31/12/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione ente/società/studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 16/03/2021 **IL DICHIARANTE** Roberta Al

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene rilasciata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ALMASIO ROBERTA
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico):
PSICOLOGO NELLA DISCIPLINA DI PSICOTERAPIA – PROGETTO GAP
con decorrenza dal 14.03.2022 AL 31.12.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

□di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☑ di non svolgere attività professionale;

□ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 14.03.2022 **IL DICHIARANTE F.TO ROBERTA ALMASIO**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ROBERTA ALMASIO
nato/a a BUSTO ARSIZIO (VA) il 29/10/1983 C.F. LMSRRT83R69B3000
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGO PSICOTERAPEUTA - PROGETTO "PIANO LOCALE GAP ATS BRIANZA OBIETTIVO 3" - INCARICO LIBERO PROFESSIONALE con decorrenza dal 26/02/20 al 30/08/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 20/08/2020 IL DICHIARANTE Roberta Al

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a GIOLA ALVINO

nato/a ad AVELLINO il 08/01/25 C.F. LVNGIO75H12A509K

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

_____

con decorrenza dal _____ al _____

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione,
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare: Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio) specialista ambulatoriale ASST SYNLAB ITALIA, BIANALISI, ASST-Brianza, CEAF

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/8/2022 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli artt. 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione, allo svolgimento di attività professionali ai sensi dell'art. 15, comma 1, lett. c), del D.Lgs. n. 33/2013	16/02/2021	01	Pagina 1 di 1

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a GIOIA ALVINO

nato/a a AVELLINO il 08/03/1964 C.F. LVNGOI64C08A509K

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza (indicare tipologia e denominazione dell'incarico) medico specialista ed è più probabile il pensionamento

con decorrenza dal 6/4/2022 al 5/4/2023

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di falsità negli atti e uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SPECIALISTA AMBULATORIALE ASST BRIANZA LAVORATE
SPECIALISTA AMBULATORIALE ASST - NORD MILANO

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

SYNLAB MONZA \ AGRATE
SUAM ASST VIMERCATE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 6/4/2022 IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a GIOIA ALVINO
nato/a a AVELLINO il 02/05/75 C.F. GNGLVN75E02A509K
residente a [redacted] Via [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
Licenza libero professionale per le attività di medico specialista di ostetricia e ginecologia con decorrenza dal 8/7/23 ~~al~~ 4/7/2027

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

Contratti libero professionali presso FMBBM; Gam Synlab di Mauro e Aprile Brianza; Centro Medico Iorn Bianchi

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 5/7/2023 **IL DICHIARANTE** [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a AMADEI ILARIA
nato/a a BUSTO ARSIZIO il 11-2-77 C.F. MDALRI77B51B300S
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
EDUCATORE PROFESSIONALE
con decorrenza dal 1/1/'19 al 31/12/'19

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

LAVORO OCCASIONALE PRESSO ALTRI ENTI.

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 04/01/'19 IL DICHIARANTE Ilaria Amadei

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 4/1/19 *Firma del dipendente*

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a AMANDI ILARIA
nato/a a [illegible] il 11-2-1977 C.F. MDALRI77B51B300T
residente a [illegible] Via [illegible] Tel [illegible]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LAUREATO IN SCIENZE DELL'EDUCAZIONE
con decorrenza dal 1/01/2020 al 31/12/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  STUDIO PRIVATO INTERVENTI EDUCATIVI sede in Vercurago

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 17/12/'19 IL DICHIARANTE Ilaria Amandi

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:
☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengano presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE, ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a AMADEI ILARIA
nato/a a BUSTO ARSIZIO il 11-2-'77 C.F. MDALRI77B51B300J
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
EDUCATORE LIBERO PROFESSIONALE LAUREATA IN SCIENZE DELL'EDUCAZIONE
con decorrenza dal 1.1.2021 al 31.12.2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

PRESSO OPERA DIOCESANA ISTITUTO SAN GIUSEPPO, FONDAZIONE.
PEDAGOGISTA LIBERA PROFESSIONALE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/12/2020 IL DICHIARANTE Ilaria Amadei

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ROBERTA ANERI
nato/a a [illegible]
residente
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICHI DI NATURA LIBERO PROFESSIONALE PER LOGOPEDISTI NELL'AMBITO DEI PROGETTI INNOVATIVI DI RIABILITAZIONE NEUROMOTORIA
con decorrenza dal 01/07/21 al 31/12/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

- LOGOPEDISTA C/O ASST MELEGNANO MARTESANA INCARICO LIBERO PROFESSIONALE
- LOGOPEDISTA C/O POLIAMBULATORIO RADIOLOGICO "IL CORRISO", INCARICO LIBERO PROFESSIONALE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 19/07/21 **IL DICHIARANTE** Roberta Aneri

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 19/07/21 ***Firma del dipendente*** _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a AMADEI ILARIA
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico):
EDUCATORE PROFESSIONALE
con decorrenza dal 01.01.2022 AL 31.12.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

PEDAGOGISTA PRESSO STUDIO

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 28/12/2021 **IL DICHIARANTE F.TO AMADEI ILARIA**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LISA ATTATO
nato/a a ROMA il 13/04/81 C.F. MTTLSU81D53H501K
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
Psicologo / Psicoterapeuta
con decorrenza dal 1/1/19 al 31/12/19

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
ASST NORD MILANO - Ospedale Presidio S. Giovanni

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
CAMBIARE LA ROTTA ONLUS / Studio Privato

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 8/01/19 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 8/01/19 *Firma del dipendente* [signature]

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a LUISA AMATO

nato/a a ROMA, il 13/09/81, C.F. MTALSU81D53H501K

residente a [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) PSICOLOGA DIP. SAL. MENTALE (PSICHIATRIA)

con decorrenza dal 07/11/17 al 31/12/17

sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

PSICOTERAPEUTA ASST NORD MILANO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:

Vimercate 7/11/17

Firma
(per esteso e leggibile)

Luisa Amato

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normative in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LUISA AMATO
nato/a a ROMA il 13/04/81 CF. MTALSU81D53H501K
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
Attività di Psicologo specialista nella disciplina di Psicoterapia
con decorrenza dal 01/01/2018 al 31/12/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [ ] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [X] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
ASST NORD MILANO Psicoterapeuta ambulatoriale CPS sede di Sesto S. Giovanni e Cologno Monzese

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
IL CENTRO - Psicoterapia e cura di sé Via Vittor Pisani Milano

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/12/2019 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

- [ ] *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a GIORGIO AMATO

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE L.P.

con decorrenza dal 27/04/21 al 30/06/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

SERVIZIO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 27/04/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a GIORGIO AMATO nato/a a _____ il _____

_____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) MEDICO VACCINATORE LP con decorrenza dal 27/04/2021 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 27/04/2021 **IL DICHIARANTE** F.TO GIORGIO AMATO

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a AMBROGIO MAURIZIO ITALO

_____nato/a a_____il_____

_____C.F._____

residente a_____Via_____Tel._____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) MEDICO VACCINATORE con decorrenza dal 22/12/2021 al 31/05/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ✓ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

  _____
  _____
  _____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 22/12/2021 **IL DICHIARANTE** F.TO AMBROGIO MAURIZIO ITALO

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a VALERIA AMBROSINO
nato/a a _____ il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO VACCINATORE CP
con decorrenza dal 30/06/2021 al 30/09/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☑ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 29/06/2021 **IL DICHIARANTE** Valeria Ambrosino

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a MARIANNA ANDREANI
nato/a a CASSANO D'ADDA, il 19.01.80, C.F. NDRMNN80A59C003D
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) collaboratore professionale di ostetrica OST-GIN. (del. 652 del 29/6/17) con decorrenza dal 1/8/17 al 31/7/19
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- di non svolgere attività professionale;
- X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

PERLA DONNA srl direzione sanitaria - specialista OST-GIN
CASA MANAB specialista OST-GIN
CASAMEDICA specialista OST-GIN

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data: Carate B.za 5/10/17

Firma (per esteso e leggibile)

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI

AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MARIANNA PANMUEANI
nato/a a CA COMO (P.A.) il 29/01/[illegible] C.F. NDRMNN[illegible]
residente a ___ Via ___ Tel. ___
in relazione all'Incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MED. SPEC. INDT. GIN.
con decorrenza dal 1/2/20 al 31/1/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  STUDIO PERLA DONNA S.T.P. BRUGHERIO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/1/20 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 31/1/20 *Firma del dipendente* [signature]

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Io la sottoscritta/o MARIANNA ANDREANI

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) INCARICO DI NATURA L.P. n°1 MEDICO DISCIPLINA GINECOLOGIA E OSTETRICIA con decorrenza dal 25.2.21 al 24.2.23

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio) ginecologa e direzione sanitaria Perlo Donna srl

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 25/2/21 **IL DICHIARANTE** [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 25/2/21 *Firma del dipendente* [signature] Marchesi Roberta

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Marianna ANDREANI

Nazionalità Italiana
Nata a Cassano D'Adda il 29.01.1980

via Italo Calvino 6 – 20861 Brugherio (MB) | +39 347 78 50 251 | marianna.andreani@gmail.com

SINTESI PROFESSIONALE

Specializzata in Ostetricia e Ginecologia nel Novembre 2011, ho iniziato a lavorare come libera professionista. Attualmente svolgo attività come consulente per la Diagnosi Prenatale presso Azienda Ospedaliera di Desio e Vimercate, sono Direttore Sanitario di Perla Donna srl a Brugherio. Frequento la Scuola di Agopuntura Sowen di Milano dal 2015.

ESPERIENZE PROFESSIONALI

Settembre 2014 – Presente **Direttore Sanitario**

Perla Donna srl –Via Tre Re, 44 Brugherio (MB)

Settembre 2013 – Presente **Consulente per la diagnosi prenatale**

Azienda Ospedaliera Desio e Vimercate (presidi di Carate e Giussano)

Novembre 2011 – Presente **Collaborazione in libera professione**

CAM Monza

Novembre 2011 – Aprile 2013 **Collaborazione in libera professione**

Consultori Felceaf (sedi di Trezzo sull'Adda, Cantù, Bergamo, Calusco d'Adda, Milano)

Ottobre 2005 – Ottobre 2011 **Medico in Formazione Specialistica**
Divisione di Ostetricia e Ginecologia, Ospedale San Gerardo – Monza (MB)

Febbraio 2007 - Maggio 2007 **Osservatore**
Dipartimento di Radiologia – Children Hospital Washington D.C. – USA
Risonanza Magnetica nello studio delle malformazioni fetali.

Gennaio 2006 - Dicembre 2007 **Collaborazione**
Consultorio La Famiglia – Melzo (MI)
Partecipazione attiva come insegnante al progetto *"Educazione alla affettività e sessualità"* presso scuole medie inferiori della regione Lombardia.

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

Novembre 2015- presente Scuola di Agopuntura Sowen Milano

Ottobre 2015 Master in Fitoterapia Ginecologica

Febbraio 2012 Certificazione di Competenza presso la **Fetal Medicine Foundation** per misura della **transucenza nucale**, osso nasale, doppler arterie uterine I trimestre

Ottobre 2005-Ottobre 2011 **Specializzazione in Ginecologia e Ostetricia**
Università degli Studi di Milano-Bicocca.
Votazione: **70/70 e lode**.
Titolo tesi: *Risonanza Magnetica ed Ecografia per la valutazione di anomalie del sistema nervoso centrale fetale: metodiche a confronto*

Gennaio 2007 - Dicembre 2007 Corso per operatori: *Metodi Naturali per la Regolazione della Fertilità*
Centro C.A.Me.N. – Milano

Febbraio 2006 **Esame di stato** per l'abilitazione alla professione di medico chirurgo.
Iscritta *all'Albo Professionale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Milano*.

Ottobre 1999 - Luglio 2005 **Laurea in Medicina e Chirurgia**
Università degli Studi di Milano-Bicocca.
Votazione: **110/110 e lode**.
Titolo tesi: *Rottura precoce pretermine delle Membrane e Sviluppo Fetale*

Settembre 1994 - Luglio 1999 **Maturità Scientifica**
Liceo Scientifico G. Bruno – Cassano D'Adda
Votazione: **100/100**.

COMPETENZE PROFESSIONALI

TECNICHE ECOGRAFICHE

→ Competenza in tecniche ecografiche ginecologiche di I° livello: valutazione e diagnosi differenziale della patologia miometriale, endometriale ed annessiale con ausilio eco-color doppler. **Certificazione IOTA dal 2017.**

→ Competenza in tecniche ecografiche ostetriche: valutazione translucenza nucale ed altri markers per lo screening combinato del I trimestre (osso nasale, dotto venoso, rigurgito tricuspidalico, angolo facciale, campionamento arterie uterine e misura lunghezza cervicale); valutazione biometria e morfologia fetale di I° e II° livello (I-II-III trimestre) mediante tecnica 2D e 3D; valutazione delle più frequenti anomalie feto-placentari; valutazione flussimetria dei diversi distretti circolatori fetali a mezzo di eco-color doppler.

COMPETENZE OSTETRICO-GINECOLOGICHE

→ Gestione ambulatori di ginecologia generale (clinica e diagnostica ecografica).

→ Gestione ambulatori ostetrici di I° livello.

→ Gestione ambulatori ostetrici di II° livello: valutazione clinico-ecografica e relativa gestione delle pazienti afferenti agli ambulatori e reparto di patologia della gravidanza.

COMPETENZE IN AGOPUNTURA

→ Inquadramento diagnostico e terapeutico delle più comuni patologie nell'ambito della Medicina Tradizionale Cinese.

PUBBLICAZIONI SCIENTIFICHE

ARTICOLI SU RIVISTE SCIENTIFICHE

1: Vergani P, **Andreani M**, Greco M, Farina G, Fedeli T, Cuttin S. Two- or three-dimensional ultrasonography: which is the best predictor of pulmonary hypoplasia? Prenat Diagn. 2010 Sep;30(9):834-8. PubMed PMID: 20582919.

2: Locatelli A, **Andreani M**, Pizzardi A, Paterlini G, Stoppa P, Ghidini A. Antenatal variables associated with severe adverse neurodevelopmental outcome among neonates born at less than 32 weeks. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2010 Oct;152(2):143-7. Epub 2010 Jun 25. PubMed PMID: 20579800.

3: Locatelli A, Ghidini A, Incerti M, Toso L, Plevani C, **Andreani M**, Paterlini G. Gestational age at glucocorticoids administration after premature rupture of membranes and cerebral white matter damage. J Matern Fetal Neonatal Med. 2010 Jun;23(6):511-5. PubMed PMID: 19718581.

4: **Andreani M**, Vergani P, Ghidini A, Locatelli A, Ornaghi S, Pezzullo JC. Are ultrasonographic myoma characteristics associated with blood loss at delivery? Ultrasound Obstet Gynecol. 2009 Sep;34(3):322-5. PubMed PMID: 19670350.

5: Locatelli A, Ghidini A, Assi F, **Andreani M**, Malguzzi S, Paterlini G. Which factors affect the occurrence of severe cerebral lesions in preterm neonates who are born with intrauterine infection? Am J Obstet Gynecol. 2008 Oct;199(4):404.e1-5. PubMed PMID: 18928990.

6: Ghidini A, Healey A, **Andreani M**, Simonson MR. Pregnancy and women with spinal cord injuries. Acta Obstet Gynecol Scand. 2008;87(10):1006-10. PubMed PMID: 18763171.

7: Locatelli A, **Andreani M**, Ghidini A, Verderio M, Pizzardi A, Vergani P, Salafia CM. Amnioinfusion in preterm PROM: effects on amnion and cord histology. J Perinatol. 2008 Feb;28(2):97-101. Epub 2007 Nov 29. PubMed PMID: 18046340.

8: **Andreani M**, Locatelli A, Assi F, Consonni S, Malguzzi S, Paterlini G, GhidiniA. Predictors of umbilical artery acidosis in preterm delivery. Am J Obstet Gynecol. 2007 Sep;197(3):303.e1-5. PubMed PMID: 17826430.

9: Zangheri G, **Andreani M**, Ciriello E, Urban G, Incerti M, Vergani P. Fetal intra-abdominal calcifications from meconium peritonitis: sonographic predictors of postnatal surgery. Prenat Diagn. 2007 Oct;27(10):960-3. PubMed PMID: 17654754.

10: Alessandro G, Incerti M, **Andreani M**. Alagille syndrome: prenatal sonographic findings. J Clin Ultrasound. 2007 Mar-Apr;35(3):156-8. PubMed PMID: 17295271.

11: Vergani P, Locatelli A, Ghidini A, **Andreani M**, Sala F, Pezzullo JC. Large uterine leiomyomata and risk of cesarean delivery. Obstet Gynecol. 2007 Feb;109(2Pt 1):410-4. PubMed PMID: 17267843.

12: Locatelli A, Ghidini A, Verderio M, **Andreani M**, Strobelt N, Pezzullo J, Vergani P. Predictors of perinatal survival in a cohort of pregnancies with severe oligohydramnios due to premature rupture of membranes at <26 weeks managed with serial amnioinfusions. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2006 Sep-Oct;128(1-2):97-102. Epub 2006 Mar 10. PubMed PMID: 16530921.

PUBBLICAZIONE SU LIBRI

LOCATELLI A, VERGANI P, **ANDREANI M**. (2007): Preterm premature rupture of membranes (PPROM). In: VINCENZO BERGHELLA. Maternal Fetal Medicine Evidence Based Guidelines.

MONOGRAFIE

ANDREANI M., ASSI F, LOCATELLI A, VERGANI P. Gravidanza e Prematurità. Protocolli clinici di trattamento. MILANO: Ferring (2007).

RELAZIONI ORALI

- Sieog -Bari 2008- "L'imaging volumetrico nella valutazione del polmone fetale"
- Diagnosi Prenatale Non Invasiva: scelte cliniche in equilibrio fra nuovi orizzonti – "A quali pazienti offrire NIPT?"- Monza 2013
- Diagnosi prenatale non invasiva: un anno di esperienza italiana Monza 2014

CORSI E CONGRESSI

- Antenatal surveillance Fetal Medicine Foundation 2012
- Basic fetal echocardiography Fetal Medicine Foundation 2012
- Advances in Fetal Medicine Course Fetal Medicine Foundation 2012
- 9° CONGRESSO INTERNAZIONALE "GESTIONE DELLA GRAVIDANZA AD ALTO RISCHIO" 2012
- International Society for Prenatal Diagnosis 16th International Conference on Prenatal Diagnosis and Therapy 2012
- International Society for Prenatal Diagnosis 17th International Conference on Prenatal Diagnosis and Therapy 2013
- Noninvasive Prenatal Testing – *workshop* at ISPD 2013
- XX week end clinico SIdR "Infertilità, Endometriosi e Contraccezione" 2013
- La comunicazione e la relazione con la donna e con la coppia 2014
- Nuove prospettive nello screening del primo trimestre 2014
- Ecografia della translucenza nucale: da screening delle anomalie cromosomiche a screening delle gravidanze a basso e alto rischio 2014
- Fetal Medicine Foundation – World Congress 2014
- Ecografia del secondo trimestre: la diagnosi prenatale delle malformazioni e lo screening delle anomalie cromosomiche 2014
- Genetica per ostetrici 2015
- Impiego ragionato nella ecografia ostetrica 2015
- Ecoencelografia fetale 2015
- Master in fitoterapia ginecologia 2015
- Le diagnosi difficili o (im)possibili – Corso Avanzato SIEOG 2016
- Rischio?! La percezione del rischio tra numeri e nervi nell'assistenza alla nascita 2016
- Infezioni in gravidanza 2016
- Ecocardiografia fetale 2016
- SIEOG Congresso Nazionale 2017
- Pattern ecografici delle malformazioni fetali 2017

CONOSCENZE LINGUISTICHE

Lingua madre	Italiano
Altre lingue	Buona conoscenza della lingua Inglese scritta e parlata.

INTERESSI PERSONALI

Mi piace molto andare in montagna, arrampicare, sciare, viaggiare, leggere e cucinare.

Sono sposata e madre di Cecilia, Giovanni e Mattia.

Azienda Socio Sanitaria

Regione Lombardia

ASST Vimercate

U.O.C. Risorse Umane

QD_ENT_201710_116118

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a Sauro Andreoli

nato/a a [redacted]

residente a Lodi (Prov Lo) in Via Carlo Mattioli n. 61 c.a.p. 26900

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

Direttore professionale Direzione Medica di Presidio di Lodi

con decorrenza dal 1/9/18 al 31/8/23

sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DERMATOLOGO Privato MEDICO DR. ANDREOLI Sauro Via [illegible]

" " DR SALA GIANNI PIETRO - Cernusco Lodi

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data

Lodi 1.10.18

Firma (per esteso e leggibile)

Sauro Andreoli

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Vimercate

U.O.C. Risorse Umane

QD_ENT_201710_116118

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ANDREOLI SANTA
nato/a a CROTONE il 13/12/1967 C.F. NDRSNT67A53D122F
[redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO NELLA DISCIPLINA DI DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA
con decorrenza dal 1/9/19 al 30/06/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

POLIAMBULATORIO MEDICO VIA SAN LUCA 4
AMBULATORIO DOTT. SALA VIA PETRARCA
CESANO MADERNO (MB)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 27/06/2019 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 27-06-2019 *Firma del dipendente* [signature]

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ANDRIOLLO MARTINA
nato/a a MILANO il 25/05/91 C.F. NDRMTN9[illegible]F205N
residente a [illegible] Via [illegible] Tel. [illegible]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (indicare tipologia e denominazione dell'incarico)
LOGOPEDISTA LP NELL' AMBITO DEI PROGETTI INNOVATIVI REGIONALI
con decorrenza dal 01/01/20 al 31/12/20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
STUDIO POLISPECIALISTICO ANIMALAMENTE (SEREGNO)
STUDIO MULTIDISCIPLINARE IN RELAZIONE (DESIO)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/12/19 IL DICHIARANTE Martina Andriollo

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:
☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MARTINA ANDRIOLLO
nato/a a MILANO il 25/05/91 C.F. NDRMTN91E65F205N
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LOGOPEDISTA
con decorrenza dal 01/01/19 al 31/12/19

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

LOGOPEDISTA L.P. "ASSOCIAZIONE INRELAZIONE"
LOGOPEDISTA L.P. "ANIMALAMENTE"

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 04/01/19 IL DICHIARANTE Martina Andriollo

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 4/1/19 *Firma del dipendente*

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MARTINA ANDRIOLO
nato/a a MILANO il 25/05/91 C.F. NDRMTN91E65F205N
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LOGOPEDISTA nell' ambito dei progetti innovativi di SALUTE MENTALE con decorrenza dal 01/01/21 al 31/12/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  STUDIO PRIVATO (SEREGNO / DESIO) - LOGOPEDISTA L.P.

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/12/20 IL DICHIARANTE Martina Andriolo

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:
☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengano presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MARTINA ANDRIOLLO
nato/a a
residente a
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
L.P. LOGOPEDISTA nell'ambito dei progetti innovativi di Salute Mentale
con decorrenza dal 09/07/2021 al 31/12/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

LOGOPEDISTA L.P. • STUDIO IN RELAZIONE (DESIO)
• CENTRO ANIMALAMENTE (SEREGNO)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 09/07/21 **IL DICHIARANTE** Martina Andriollo

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

- [x] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MARTINA ANDRIOLLO
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico):
LOGOPEDISTA
con decorrenza dal 01.01.2022 AL 31.12.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

LOGOPEDISTA L.P. – STUDIO PRIVATO INRELAZIONE -DESIO

LOGOPEDISTA L.P – STUDIO PRIVATO ANIMALAMENTE - SEREGNO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 02.01.2022 **IL DICHIARANTE F.TO MARTINA ANDRIOLLO**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Vimercate

U.O.C. Risorse Umane

QD_ENT_201710_116118

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ROBERTA ANIERI
nato/a a GARBAGNATE MILANESE il 21/05/1992 C.F. NRARRT92E61D912V
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LOGOPEDISTA IN LIBERA PROFESSIONE PRESSO LA UONPIA DI VIMERCATE (16h SETTIMANALI) con decorrenza dal 25/02/19 al 31/12/19

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☑ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

LOGOPEDISTA - INCARICO LIBERO PROFESSIONALE PRESSO ASST MELEGNANO E DELLA MARTESANA

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

LOGOPEDISTA PRESSO FONDAZIONE DON GNOCCHI IRCCS (MI) INCARICO IN LIBERA PROFESSIONE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 14/02/19

IL DICHIARANTE Roberta Anieri

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione allo svolgimento di attività professionali ai sensi dell'art. 15, c. 1, lett. c), del d.lgs. 33/2013	08/10/2017	01	Pagina 1 di 1

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ROBERTA ANTERI
nato/a a GARBAGNATE MILANESE il 21/05/1992 C.F. NTRRRT92E61D912U
residente a _____ Via _____ Tel _____
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LOGOPEDISTA NELL'AMBITO DEI PROGETTI INNOVATIVI DI SALUTE MENTALE - INCARICO DI MEDIA, LIBERO PROFESSIONALE con decorrenza dal 01/01/2020 al 31/12/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
LOGOPEDISTA LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO ASST MELEGNANO E DELLA MARTESANA, LOGOPEDISTA LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO CENTRO S. MARIA ALLA FONDA "FONDAZIONE DON CARLO GNOCCHI" LOGOPEDISTA LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO ASSOCIAZIONE IN RELAZIONE, LOGOPEDISTA LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO EDUCANDO SERVIZI PSICOEDUCATIVI

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/12/2019 IL DICHIARANTE Roberta Anteri

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ROBERTA ANERI
nato/a a GARBAGNATE MILANESE (MI) il 21/05/1992 C.F. NRARRT92E61D912U
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LOGOPEDISTA LIBERO PROFESSIONISTA - PROGETTO GOSZ - ABBATTIMENTO LISTE DI ATTESA
con decorrenza dal 01/01/2021 al 31/12/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 11/01/2021 IL DICHIARANTE Roberta Aneri

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 11/01/2021 *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ROBERTA ANIERI
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico):
INCARICO DI NATIRA LIBERO PROFESSIONALE –LOGOPEDISTA- PROGETTI INNOVATIVI SI SALUTE MENTALE
con decorrenza dal 01.01.2022 AL 31.12.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

□ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 12.01.2022 **IL DICHIARANTE F.TO ROBERTA ANIERI**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ANTONUCCI CESARE
nato/a a PARMA il [redacted]
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
COVID COVID
con decorrenza dal 13/11/2020 al 30/09/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 2 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30/07/21 **IL DICHIARANTE** Cesare Antonucci

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

- [ ] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MICHELE AZENA

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

CO.CO.CO PER ATTIVITÀ VACCINALE

con decorrenza dal 23/04/2021 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☑ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 23/04/2021 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ARIANI GIUSEPPE nato/a a _____ il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) CONSULENTE SPECIALIZZANDO con decorrenza dal 01/2022 al 30/06/2022
sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ✓ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

  _____
  _____
  _____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26/05/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO ARIANI GIUSEPPE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a ARIENTI NICOLETTA

nato/a a MONZA, il 19/09/81, C.F. RNTNLT81L59F704Y

residente a [redacted] (prov. [redacted]) in via [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA PER LA S.C. DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE con decorrenza dal 01.01.17 al 31.12.17

sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale,
- ☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio) ATTIVITA' DI NEUROPSICOMOTRICITA' PRESSO "IL GABBIANO" LOCALITA' CODOGNO (LODI)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data: ARCORE 28/10/17

Firma (per esteso e leggibile) Nicoletta Arienti

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a PIETRO ASCHERI

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

_____

con decorrenza dal _____ al _____

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 23/04/21 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutivo vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Leonardo Aurino

Nato a Napoli il 24/06/1991 C.F. RNALRD91H24F839M

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO NELLA DISCIPLINA CARDIOLOGIA

con decorrenza dal 12/09/2022 al 12/03/2024

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

X

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 14/09/2022 **IL DICHIARANTE**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

X ☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SILVIA CHIARA ANTOLINA
nato/a a CALTAGIRONE (CT) il 18/07/1985 C.F. TNTSVC85L58B429T
residente a SEREGNO Via GIACOMO PUCCINI 43 Tel. 3472412316
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO DI NATURA LIBERO PROFESSIONALE PSICOLOGO DISCIPLINA PSICOTERAPIA NELL'AMBITO DI ATTIVITÀ PER CONTRASTO AL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO
con decorrenza dal _____ al 31/12/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi.

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE IN STUDIO PRIVATO (PSICOLOGA/PSICOTERAPEUTA)
COLLABORAZIONE LIBERO PROFESSIONALE CON STUDIO ANAGRAMMA (PSICOLOGA/PSICOTERAPEUTA)
ASSISTENTE EDUCATIVA E PSICOLOGA DIPENDENTE SOCIOSFERA ONLUS

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione

Data 26/05/2022 IL DICHIARANTE Silvia Chiara Antolina

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli artt. 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto

☒ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 26/5/22 *Firma del dipendente* _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Bagnato Manuela
nato/a a Lamezia Terme (CZ) il 17/05/1980 C.F. BGNMNL80E57M2Z80
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
Collaborazione libero professionale
con decorrenza dal 16.11.20 al 15.05.21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [X] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 13/11/20 IL DICHIARANTE Bagnato Manuela

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:
☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengano presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Borgato Manuela
nato/a a Carate Brianza (MB) il 18/03/1970 C.F. BRGMNL70C58B917M
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
Collaboratore Professionale Sanitario Esperto Fisioterapista presso UOC di Medicina Generale e Vascolare con decorrenza dal 01/11/19 al 31/12/20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 6/11/19

IL DICHIARANTE Borgato Manuela

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Boccuto Anna Nicola
nato/a a [redacted] il 15/3/1970 C.F. [redacted]
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
Medico dirigente della U.O.C. di Nefrologia e Dialisi di Vimercate Presidio
con decorrenza dal 6/3/18 al 2/4/18

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 3/3/18

IL DICHIARANTE Boccuto Anna Nicola

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Bagnato Manuela
nato/a a Seriate (BG) il 18/05/1980 C.F. BGNMNL80E58I628B
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
Dirigente Medico Anestesia
con decorrenza dal 16/10/2021 al 15/11/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☑ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 16/02/2021 IL DICHIARANTE Bagnato Manuela

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☑ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BAINI ILARIA

nato/a a MILANO il 12/07/82 C.F. BNRLRA82L52F205C

[redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) ATTIVITÀ DI OSTETRICA U PRESSO REPARTO DI GINECOLOGIA

con decorrenza dal 20/8/19 al 29/12/20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio) DI SVOLGERE ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE DI OSTETRICA PRESSO COYLAB USMATE CENTRO SOLIDO, UNIMEDICA SEREGNO, CDI, CENTRO GEMMA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 05/08/2019 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a EGLE BALDON
nato/a a __
residente a __
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGO NELL'AMBITO DEI PROGETTI INNOVATIVI DI SALUTE MENTALE
con decorrenza dal 29/03/21 al 31/12/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

INCARICO LIBERO PROFESSIONALE COME CONSULENTE PSICOLOGO PRESSO IL CONSULTORIO PRIVATO ACCREDITATO ATS DI DESIO (FONDAZIONE EDITH STEIN ONLUS)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

FONDAZIONE PER LA FAMIGLIA EDITH STEIN ONLUS – DESIO
STUDIO PRIVATO CONTESTO via Valassina 62/A Seregno

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 29/03/21 **IL DICHIARANTE** Egle Baldon

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BARBARO ALESSANDRO nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) INCARICO DI COLLABORAZIONE LIBERO PROFESSIONALE PER ATTIVITA' VACCINALE COME MEDICO SPECIALIZZZANDO con decorrenza dal 20/12/2021 al 30/06/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ✓ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

  _____
  _____
  _____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 20/12/2021 **IL DICHIARANTE** F.TO BARBARO ALESSANDRO

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SARA BANFI

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

LIBERO PROFESSIONISTA PER ATTIVITÀ VACCINALE

con decorrenza dal 23.06.21 al 30.06.21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

L.P. PER SOSTITUZIONI DI MEDICINA GENERALE

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 23.06.21 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengano presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a NOEMI BARONIO
nato/a a COMO il 13-05-95 C.F. BRNNMO95H53C933F
residente a [redacted] Via [redacted] Tel [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO LIBERO PROFESSIONALE PER EMERGENZA COVID-19
con decorrenza dal 12.11.2020 al 11.06.2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
INCARICO LIBERO PROFESSIONALE DI SANITA' TRACING PRESSO ATS BRIANZA
(sede di Desio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 29.11.2020 IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a FRANCESCA BARZAGHI
nato/a a _____ il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
L.P. PER ATTIVITA' VACCINALE
con decorrenza dal 26/4/2021 al 30/6/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

L.P. MEDICO OSCA (PER VACCINAZIONI)
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26/4/2021 **IL DICHIARANTE** Francesca Barzaghi

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il sottoscritto SIMONA BASILE nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) LIBERO PROFESSIONISTA PSICOLOGO NELL'AMBITO DEI PROGETTI INNOVATIVI DI SALUTE MENTALE con decorrenza dal 31/01/2022 al 31/12/2022

Sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  PSICOLOGA L.P. PRESSO ASST MONZA NEL PROGETTO "DIPENDE DA COME MI ABBRACCI"

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  PSICOLOGA L.P. PRESSO STUDIO PRIVATO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 27/01/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO SIMONA BASILE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BELLINI BARBARA
nato/a a [redacted] il [redacted] C.F. [redacted]
residente a [redacted] Via [redacted], 8 Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO PER ATTIVITA' DI INFERMIERA - EMERGENZA COVID
con decorrenza dal 16/03/2020 AL 15/09/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

ISTITUTI OSPEDALIERI BERGAMASCHI Srl
RAPPORTO LIBERO PROFESSIONALE PER ATTIVITA' INFERMIERISTICA
c/o SMART CLINIC

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 13/03/2020 IL DICHIARANTE Barbara Bellini

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BELTRAMI DANIELA
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico):
LIBERO PROFESSIONISTA PEDIATRA
con decorrenza dal 01.04.2022 AL 31.03.2023

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

□di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

□ di non svolgere attività professionale;

☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione)

DIPENDENTE AL 20% PRESSO ENTE OSPEDALIERO CANTONALE, CAPOCLINICA PEDIATRIA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 25.03.2022 **IL DICHIARANTE** F.TO DANIELA BELTRAMI

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BONAGUA CHIARA

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE - LP

con decorrenza dal 29.04.21 al 30.6.21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 29.4.21 **IL DICHIARANTE** Chiara Bonaglia

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MARIARENE BENEDET
nato/a a _____ il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LIMBIATE
con decorrenza dal 12/07/2021 al 30/09/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 12/07/2021 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 12/07/2021 *Firma del dipendente* _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MARIARICHE BENEDUSI

nato/a a GARBAGNATE MILANESE il 01.02.1973 C.F. BNDMRN73B41D912F

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO SPECIALIZZANDO IN LIBERA PROFESSIONE PRESSO PRONTO SOCCORSO DELL'OSPEDALE DI DESIO

con decorrenza dal 04.07.22 al 30.09.22

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione,
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
MEDICO SPECIALIZZANDO (MMG)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 05.07.22 **IL DICHIARANTE** Mariarichè Benedusi

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- ☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

Dichiarazione ai sensi dell'art. 15, comma 1, lett. c) del D.Lgs. n. 33/2013

Il/La sottoscritto/a MAURO BENFATTI matr. //

nato/a a MILANO (MI) il 5/08/1953

domiciliato per la carica a VIMERCATE (MB)

in via SS. COSMA E DAMIANO N° 10 in servizio presso

UOC GINECOLOGIA in qualità di CONSULENTE

(Unità Operativa, ubicazione) (Dirigente, Medico, Direttore, Consulente)

consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445, con riferimento alla propria posizione e all'incarico professionale di:

COLLABORAZIONE PROF.LE A TITOLO GRATUITO

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000

☐ di NON svolgere incarichi o di NON essere titolare di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione o di NON svolgere attività professionali;

☐ di svolgere incarichi o di essere titolare di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione o di svolgere attività professionali, come di seguito elencato:

ATTIVITÀ PROFESSIONALE PRESSO STUDIO PRIVATO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 16/06/2020

IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 16/06/2020

FIRMA DEL DIPENDENTE

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BERETTA CARLO

nato/a a MI il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

ATTIVITÀ VACCINALE UP

con decorrenza dal 26/4/2021 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

GUARDIA MEDICA

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26/04/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 26/04/2021 ***Firma del dipendente*** _____

- [ ] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

La sottoscritta FRANCESCA BERETTA
nata a MILANO il 28/09/1991 C.F. BRTFNC91P68F205B
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LIBERO PROFESSIONALE – Specialista Neurologo c/o Casa della Comunità di Vimercate
con decorrenza dal 07/07/2022 al 06/01/2023 .

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- X di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  Assegno di Ricerca presso Università degli Studi di Milano-Bicocca, durata 12 mesi (01/06/2022 – 31/05/2023)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

  Neurologo Libero Professionista

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 05/07/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO FRANCESCA BERETTA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

✓*l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BERETTA PIETRO

nato/a a _____

residente a _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

_____

con decorrenza dal 01.06.21 al 30.06.21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☑ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 25/3/21 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengano presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BERETTA PIETRO

nato/a a _____

residente a _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

Co.Co.Co.

con decorrenza dal 1/7/21 al 31/12/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☑ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 1/7/21 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 22 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☑ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto* Marchesi Roberta

Data 1/7/21 ***Firma del dipendente*** _____

☑ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BERETTA PIETRO
nato/a a MONZA il 10/12/1983 C.F. _____
residente a _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
_____
con decorrenza dal 01.06.21 al 30.06.21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 25/3/21 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengano presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BERETTA PIETRO
nato/a a MONZA il 10/11/83 C.F. BLLPTR83T10F704Q
residente a
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
CO.CO.CO.
con decorrenza dal 1/7/21 al 31/12/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☑ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 1/7/21 **IL DICHIARANTE** Pietro Beretta

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 22 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☑ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto* Marchesi Roberta

Data 1/7/21 ***Firma del dipendente*** Roberta Marchesi

☑ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BEMIN SILVIA
nato/a a _
residente :
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LIBERO PROFESSIONALE per 38 h/SETT come MEDICO DI GINECOLOGIA e OSTETRICIA
con decorrenza dal 26/4/21 al 25/4/22

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

SMART CLINIC SEDE CENTU'/VARESE/BICOCCA/MONZA
IRCCS IST. ORTOPEDICO GALEAZZI - GRUPPO SAN DONATO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26/4/21 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BERTINI SILVIA
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico):
LIBERO PROFESSIONALE PER 30H/SETT COME MEDICO DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA PEDIATRA
con decorrenza dal 26.04.2021 AL 25.04.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

□di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

□ di non svolgere attività professionale;

☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione)

SMART CLINIC SEDE CANTU'/VAREDO/BICOCCA/CERTOSA
IRCCS IST.ORTOPEDICO GALEAZZI – GRUPPO SAN DONATO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 15.04.2021 **IL DICHIARANTE F.TO SILVIA BERTINI**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BETTINA MARCO

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE CO-CO-CO.

con decorrenza dal 13/05/2021 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 13/05/2021 **IL DICHIARANTE** Marco Bettina

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 13/05/2021 *Firma del dipendente* _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CLAUDIO FILIPPO BIANCHI
nato/a a PA il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO VACCINATORE LP
con decorrenza dal 19/5/2021 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

MEDICO SPECIALIZZANDO COCOCO PRESSO ALTRA ASST
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 19/5/2021 **IL DICHIARANTE** Claudio F. Bianchi

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 19/05/2021 *Firma del dipendente* _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ERICA MARIA BIANCHI
nato/a a SEREGNO il 11/09/1965 C.F. BNC RMR 65P51 I625 G
residente a _
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

con decorrenza dal 01/10/21 al 30/09/22

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  Elettromiografie come F. p in diverse strutture private e/o private convenzionate

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 24/3/21 IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 24/3/21 *Firma del dipendente*

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengano presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a FLAVIA BINO

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE CO.CO.CO.

con decorrenza dal 26.04.2021 al 30.06.2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 29/04/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

- [x] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BISSOLATI MASSIMILIANO
nato/a a _____ il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) MEDICO LIBERO PROFESSIONISTA VACCINATORE PRESSO CVM VIMERCATE con decorrenza dal 01/04/2022 al 30/06/2022
sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  - CHIRURGO LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO UOC CHIRURGIA 2 DELL'ASST MONZA
  - MEDICO PRELEVATORE PRESSO BANCA DEGLI OCCHI DELL'ASST MONZA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 27/05/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO BISSOLATI MASSIMILIANO

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BIZZARRI ROSALBA nato/a a _____ il _____

_____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) INFERMIERE VACCINATORE CO.CO.CO con decorrenza dal 26/05/2021 al 31/07/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  DIPENDENTE ENTE PRIVATO CONVENZIONATO (I.O.G)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26/05/2021 **IL DICHIARANTE** F.TO BIZZARRI ROSALBA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l*'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BATTARA ROSALBA
nato/a a _____ il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INFERMIERE VACCINATORE CO.CO.CO
con decorrenza dal 26/05/2021 al 31/07/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DIPENDENTE ENTE PRIVATO CONVENZIONATO (I.O.C.)
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26/05/2021 **IL DICHIARANTE** Rosalba B

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BLANGIARDO PAOLO
nato/a a _____ il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
ATTIVITÀ VACCINALE
con decorrenza dal 23/04/2021 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

LIBERO PROFESSIONISTA c/o USCA ATS BRIANZA
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 23/04/21 IL DICHIARANTE Paolo Blangiardo

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

- [X] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BONFANTI ALICE

nato/a a [redacted] il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE UP

con decorrenza dal 22.04.21 al 30.09.21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 22.04.21 **IL DICHIARANTE** Alice Bonfanti

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 22/04/2021 *Firma del dipendente* _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CLAUDIA BONACINA
nato/a a MILANO il 03/10/1969 C.F. BNCCLD69R43F205U
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO UFFICIO PROFESSIONALE UOSD DI RADIOLOGIA DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA con decorrenza dal 01/08/19 al 31/07/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
Ufficio privato (MONZA e DEI Desenzano (BS))

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30.09.2021 IL DICHIARANTE Claudia Bonacina

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BONARDI CLAUDIA
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico):
LIBERO PROFESSIONALE DI MEDICO SPECIALISTA NELLA DISCIPLINA DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA
con decorrenza dal 01.08.2021 AL 31.07.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☑ di non svolgere attività professionale;
- □ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 01.08.2021 **IL DICHIARANTE F.TO CLAUDIA BONARDI**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

La sottoscritta BONARDI CLAUDIA
nata a MILANO il 03.10.1979 C.F. BNRCLD79R43F205U
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
GINECOLOGIA nell'ambito della 'progettualità Case di Comunità'

con decorrenza dal 01.07.2022 al 31.12.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

di svolgere attività professionale c/o Amb. Professionale a Bellusco (MB)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 16.09.2022 **IL DICHIARANTE F.TO CLAUDIA BONARDI**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

La sottoscritta BONARDI CLAUDIA
nata a MILANO il 03.10.1979 C.F. BNRCLD79R43F205U
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di
GINECOLOGIA e OSTETRICIA nel progetto di 'PROMUOVERE E FAR CRESCERE IL CONSULTORIO'

con decorrenza dal 08.07.2022 al 07.07.2023

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

di svolgere attività professionale c/o Amb. Professionale a Bellusco (MB)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 16.09.2022 **IL DICHIARANTE F.TO CLAUDIA BONARDI**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a DONFRANCESCO ALESSANDRO MARIA

nato/a a [redacted] il [redacted] C.F. [redacted]

residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

LIBERA PROFESSIONE - EMERGENZA COVID

con decorrenza dal _____ al _____

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [X] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 16/03/2020 IL DICHIARANTE Alessandro Maria Donfrancesco

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a STEFANIA BONOMO
nato/a a MONZA il 24/01/69 C.F. BNMSFN69A64F704O
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA
con decorrenza dal 31/05/19 al 30/05/20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

CENTRO PSICOPEDAGOGICO DIMENSIONE, VIA CARLO PORTA 33 LISSONE
FARE DIRE PENSARE, VIA DANTE 105, CONCOREZZO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30/05/19 IL DICHIARANTE Stefania Bonomo

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a STEFANIA BONOMO
nato/a a MONZA il 24/11/89 C.F. [redacted]
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA
con decorrenza dal 31/5/2020 al 30/5/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA PRESSO ASSOCIAZIONE CULTURALE DIMANDA, IN VIA C. PORTA 33 A LISSONE.

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 29/5/20 IL DICHIARANTE Stefania Bonomo

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 29/5/20 *Firma del dipendente* Stefania Bonomo

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a STEFANIA BONOMO
nato/a a MONZA il 24/01/69 C.F. BNMSFN69A64F704O
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA
con decorrenza dal 31/05/19 al 30/05/20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

CENTRO PSICOPEDAGOGICO DIMENSIONE, VIA CARLO PORTA 33 LISSONE
FARE DIRE PENSARE, VIA DANTE 105, CONCOREZZO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30/05/19 IL DICHIARANTE Stefania Bonomo

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a FRANCESCA BORGHESE
nato/a a LECCO il 13-11-1970 C.F. BRGFNC70S55E507E
residente a [redacted] Via [redacted] T. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
Maestro di Danza per il corso di preparazione al parto denominato "Dolce Attesa - Danza Movimento Terapia" con decorrenza dal 1-1-'19 al 31-12-2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  Danza Movimento Terapia presso coop. ELEINO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 13-12-'18 IL DICHIARANTE Francesca Borghese

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 1 *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SHARON ROBERTA BOZZOLAN
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico):
LIBERO PROFESSIONALE DI PSICOLOGO NELLA DISCIPLINA DI PSICOTERAPIA PRESSO UOC DI RIAB.SPEC.NEUROMOTORIA
con decorrenza dal 04.11.2021 AL 03.11.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione)

  LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO POLO NEUROLOGICO BRIANTEO SRL
  LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO FONDAZIONE CASA DI RIPOSO L.e.A. AGOSTONI ONLUS
  LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO STUDIO PRIVATO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 12.01.2022 **IL DICHIARANTE F.TO SHARON ROBERTA BOZZOLAN**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SHARON ROBERTA GOZZOLINO
nato/a a MILANO il 07-06-1987 C.F. [redacted]
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO LIBERO PROFESSIONALE N. 1 PSICOLOGO NELLA DISCIPLINA DI PSICOLOGIA O PSICOTERAPIA PER U.O.C. DI RIABILITAZIONE SPECIALISTICA NEUROMOTORIA con decorrenza dal 30.09.20 al 29.09.21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

PSICOLOGA PRESSO FONDAZIONE LEA AGOSTONI ONLUS RSA LISBONA
PSICOLOGA PRESSO POLO NEUROLOGICO BRIANTEO S.C.L.
PSICOLOGA PRESSO LEGA ITALIANA PER LA LOTTA CONTRO I TUMORI - SEZIONE COMO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31-08-2020 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

[x] *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 31.08.2020 *Firma del dipendente* [signature]

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione allo svolgimento di attività professionali ai sensi dell'art. 15, c. 1, lett. c), del d.lgs. 33/2013	03/10/2017	01	Pagina 1 di 1

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BRAMBILLA GIULIA
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico):
PSICOLOGA LIBERO PROFESSIONISTA
con decorrenza dal 01.01.2022 AL 31.12.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- □ di non svolgere attività professionale;
- ☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione)

- CENTRO POLISPECIALISTICO DI VIMERCATE (STUDIO PRIVATO)
- STUDIO LUSIS, VIA ROVANI –MILANO (STUDIO PRIVATO)
- CENTRO CARDUCCI 19, VIA CARDUCCI – MILANO (STUDIO PRIVATO)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 04.01.2022 **IL DICHIARANTE F.TO GIULIA BRAMBILLA**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BRAMBILLA GIULIA

nato/a a VIMERCATE il 28.05.1988 C.F. BRMGLI88E68M052H

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

PSICOLOGO- DISCIPLINA DI PSICOTERAPIA NELL'AMBITO DEL PROGETTO "CASE DI COMUNITA'

con decorrenza dal 11.07.2022 al 10.01.2023 (EVENTUALMENTE ESTENDIBILE PER ALTRI 6 MESI)

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

- Fondazione Soleterre (Collaborazione LP)
- Studio privato Carducci19, MILANO (Collaborazione LP)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 11.07.2022 **IL DICHIARANTE F.TO GIULIA BRAMBILLA**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☑ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BRAMBILLA GIULIA

nato/a a _

residente - _

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

PSICOLOGA Libero Professionista

con decorrenza dal 29.03.2021 al 31.12.2021 (40 settimane di attività)

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio) presso

Centro Polispecialistico di Vimercate (Studio privato) via Passirano 32

Studio Lucis, via Rovani 11 MILANO (" ")

Centro CARDUCCI 19, via Carducci 19 MILANO (" ")

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 17/03/21 IL DICHIARANTE Giulia Brambilla

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BRUSATI ANGELA CARMELA
nato/a a [redacted] il [redacted] C.F. [redacted]
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
Infermiere in libera professione
con decorrenza dal 13/3/2018 al 31/04/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

di non svolgere attività professionale;

di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 16/03/2018 IL DICHIARANTE Angela Carmela Brusati

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a FILIPPO MARIA BIANCA
nato/a a TIENA il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO VACCINATORE ASL
con decorrenza dal 22/01/2021 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 22/01/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BRUNETTI SARA MARINA
nato/a a MILANO il 30/12/1976 C.F. BRNSRA76T70F205C
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGO nell'AMBITO DI PROGETTI REGIONALI INNOVATIVI DI SALUTE MENTALE con decorrenza dal 15/12/2016 31/12/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  - PSICOLOGA DIPENDENTE PRESSO AZIENDA SPECIALE AZALEA LEGNANO
  - PSICOLOGA CONSULENTE PRESSO COOP. SOC. DIAPASON, MILANO

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26/11/20 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Vimercate

U.O.C. Risorse Umane

OD_ENT_201710_116118

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a FABIO GARAVAGLIA

nato/a a MILANO il 25/12/1984 C.F. GRVFBA84T25F205P

residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

con decorrenza dal 1/9/19 al 29/2/20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

ODONTOIATRA PRESSO ASST SANT. ANNA VARESE VIA TRIESTE

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

ODONTOIATRA PRESSO ASST SANT. ANNA VARESE

ODONTOIATRA PRESSO IST. ISTITUTO ORTOPEDICO GALEAZZI VIA M. MILANO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 1/9/2019 IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a FABIO BRUSAMOLINO

nato/a a MILANO il 25/12/1984 C.F. BRSFBA84T25F205A

residente a [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO LIBERO PROFESSIONALE PER SOSTITUZIONE A.N.A. CORNIGLIA

con decorrenza dal 01/11/17 al 31/12/17

sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale,
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE PRESSO LA PROPRIA LIBERA PROFESSIONALE PRESSO LA SEDE LEGALE STUDIO DOMICILIARE MILANO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa,
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente",
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data
VARESE, 19/10/2017

Firma
(per esteso e leggibile)

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a FABIO BRUSAMOLINO
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico):
INCARICO LIBERO PROFESSIONALE PER ODONTOIATRIA SERVIZIO DI ODONTOIATRIA SPECIALE OSPEDALE CARATE B.ZA
con decorrenza dal 09.03.2022 AL 08.03.2023

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- □ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☑ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

ASST SETTE LAGHI (INCARICO LIBERO PROFESSIONALE)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- □ di non svolgere attività professionale;
- ☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione)

- ODONTOIATRA LIBERO PROFESSIONISTA
- ISTITUTO STOMATOLOGICO MILANO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 09.03.2022 **IL DICHIARANTE F.TO FABIO BRUSAMOLINO**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a FABIO GROSSANO

nato/a a MILANO il 25/12/1964 C.F. GRSFBA 64T25F205P

residente a [redacted] Via [redacted] 13 Tel. [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

con decorrenza dal 01.11.19 al 29.02.20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

X di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

DIRIGENTE MEDICO PRESSO SANT. VARESE VIA DUNANT, VIA T. ANSELMO

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DIRIGENTE MEDICO 1° LIVELLO ISTITUTO ORTOPEDICO GALEAZZI VIA C. MILANO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 14/10/19 IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

X *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ALICE BRUSCAGNI
nato/a a DESIO (MI) il 03/05/1984 CF. BRSLCA84E43D286M
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
UBALDO PROFESSIONALE
con decorrenza dal 01/01/2018 al 31/12/2018

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

ASST LECCO - UBALDA PROFESSIONISTA PSICOLOGA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 22/01/2018 **IL DICHIARANTE**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [x] *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 22/01/2018 *Firma del dipendente* [signature]

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ALICE BRUSCHINI
nato/a a DESIO (MB) il 03/05/1984 C.F. BRSLCA84E43D286M
residente a * _____ Via _____ Tel
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGO NELL'AMBITO DEI PROGETTI INNOVATIVI DI SALUTE MENTALE con decorrenza dal 01/01/2018 al 31/12/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [ ] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [X] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

CONTRATTO LIBERO PROFESSIONALE DI PSICOLOGA C/O ASST LECCO DAL 01/11/2017 AD OGGI

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

PSICOLOGA PSICOTERAPEUTA PRESSO L'EQUIPE MESOLIMBICA CON SEDE A INTERCATENA(MB) IN VIA I GIUGNO 1 CON N. 10 DA SETTEMBRE 2014 AD OGGI

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26/12/2017 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

[ ] *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Vimercate

U.O.C. Risorse Umane

QD_ENT_201710_116118

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ALICE BANSCHINI

nato/a a DESIO il 03/05/1984 C.F. BNSLCA84E43D286M

residente a [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

INCARICO LIBERO PROFESSIONALE DEL LAUREATO IN PSICOLOGIA con decorrenza dal 01/01/21 al 31/12/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

ASST DI LECCO, INCARICO LIBERO PROFESSIONALE PRESSO L'UNITÀ OPERATIVA PSICOLOGIA ALL'INTERNO DEL PROGETTO REGIONALE 'COVID'

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

PSICOLOGA PRESSO LA PSICOLOGIA E PSICOTERAPIA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 04/01/2021 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 04/01/2021 *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ALICE BRUSCAINI
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico):
INCARICO LIBERO PROFESSIONALE PER ATTIVITA' DI PSICOLOGO
con decorrenza dal 01.01.2022 AL 31.12.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- □ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☑ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

ASST DI LECCO (INCARICO LIBERO PROFESSIONALE)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- □ di non svolgere attività professionale;
- ☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione)

- METAEVOLUTIVA STUDIO DI PSICOLOGIA E PSICOTERAPIA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 04.01.2022 **IL DICHIARANTE F.TO ALICE BRUSCAINI**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Vimercate

U.O.C. Risorse Umane

CID_ENT_201710_116119

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BUCICOVSCHI ANGELO
nato/a a CARBONIA (SARDEGNA) il 05.05.76 C.F. BCCNGL76E45Z140V
residente [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
medico presso pediatria e neonatologia
(CARBONIA SARDEGNA) con decorrenza dal 05.07.19
libero professione

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
reparto pediatria e neonatologia
Ospedale Mazzoni Pesaresi, Jesi (AN)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia od eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 05.07.19

IL DICHIARANTE Bucicovschi

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BUFFA NICOLE
nato/a a [redacted] Il 03/05/1990 C.F. BFFNCL90E43F205H
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGA
con decorrenza dal 01/01/2018 al 31/12/2019

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

PSICOLOGA L.P. PER STUDIO PRIVATO, via GRAMSCI n° 39 LISSONE (MB)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 04/01/2019 IL DICHIARANTE Nicole Buffa

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 4/1/19 *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a NICOLE BUFFA
nato/a a MILANO il 03/05/1990 C.F. BFFNCL90E43F205H
residente a _____ Via _____ Tel _____
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGA LIBERA PROFESSIONISTA NELL'AMBITO DEI PROGETTI INNOVATIVI DI SALUTE MENTALE con decorrenza dal 1/1/20 al 31/12/20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

□ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

□ di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

PSICOLOGA PRESSO STUDI PRIVATI LISSONE, ARESE

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/12/2019 IL DICHIARANTE Nicole Buffa

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

□ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a NICOLE BUFFA
nato/a a MILANO il 03/05/1990 C.F. BFFNCL90E43F205H
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) :
di PSICOLOGA LP NELL'AMBITO DEI PROGETTI INNOVATIVI DI SALUTE MENTALE con decorrenza dal 01/01/21 al 31/12/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  STUDI PRIVATI (Lissone; Arosio) - PSICOLOGA LIBERO PROFESSIONISTA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/12/20 IL DICHIARANTE Nicole Buffa

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:
☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

[x] *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a NICOLE BUFFA
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico):
PSICOLOGA LIBERO PROFESSIONISTA – PROGETTI INNOVATIVI
con decorrenza dal 01.01.2022 AL 31.12.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

□di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

□ di non svolgere attività professionale;

☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione)

- PSICOLOGA LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO STUDI PRIVATI

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31.12.2021 **IL DICHIARANTE F.TO NICOLE BUFFA**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a _____NICOLE BUFFA_____

nato/a a MILANO C.F. BFFNCL90E43F205H

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

PSICOLOGA LIBERA PROFESSIONISTA NELL'AMBITO DELLA PROGETTUALITA' DELLE CASE DI COMUNITA'

con decorrenza dal 11/07/2022 al 10/01/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

PSICOLOGA L.P. PROGETTI INNOVATIVI REGIONALI (PROGETTO G020) PRESSO ASST BRIANZA

PSICOLOGA LP PRESSO STUDI PRIVATI

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 29/07/2022 **IL DICHIARANTE F.TO NICOLE BUFFA**

_____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

✓*l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a FRANCESCO BONAMORE

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

CP

con decorrenza dal 07/05/2021 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☑ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 07/05/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 7/5/2021 *Firma del dipendente* _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BUONO LUIGI

nato/a a _____

residente a _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE CP

con decorrenza dal 22/4/2021 al 30/6/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 22/4/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

- [x] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CHIARA BURBA

nato/a a _____

residente a _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

USMATE VELATE

con decorrenza dal _____ al _____

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26/07/24 IL DICHIARANTE Chiara Burba

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

- [X] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CHIARA BURBI
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico):
TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA – PROGETTI INNOVATIVI
con decorrenza dal 01.01.2022 AL 31.12.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

□di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

□ di non svolgere attività professionale;

☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione)

- TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 04.01.2022 **IL DICHIARANTE F.TO CHIARA BURBI**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BUSCEMI PAOLO nato/a a _____ il _____

_____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) MEDICO VACCINATORE con decorrenza dal 16/12/2021 al 30/06/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  - SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN RADIODIAGNOSTICA
  - CONTINUITA' ASSISTENZIALE-SOSTITUZIONE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30/05/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO BUSCEMI PAOLO

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

X/la sottoscritto/a SILVIA BUSNELLI
nato/a a _____ il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INFERMIERE VACCINATORE LP
con decorrenza dal 12/07/2021 al 30/09/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

INFERMIERA LP PRESSO COOPERATIVA LA MERIDIANA, FONDAZIONE DON ANGELO BELLANI, RSA CASA CAMBIAGHI

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 12/07/2021 **IL DICHIARANTE** Silvia Busnelli

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 12/07/2021 *Firma del dipendente* Atto

- [ ] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CAIRONE CRISTINA

nato/a a [redacted]

residente a [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE

con decorrenza dal 15/06/21 al 13/09/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

Medico Penitenziario per ASST Santi Paolo Carlo Milano

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 25/05/2021 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Marchesi Roberta

Data 25/05/2021 *Firma del dipendente* [signature]

- [ ] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione allo svolgimento di attività professionali ai sensi dell'art. 15, comma 1, lett. c), del D.Lgs. n. 33/2013	16/02/2021	01	Pagina 1 di 1

IL RESPONSABILE
S.C. Direzione Medica di Presidio Area Penitenziaria

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CALCINATI MARTA nato/a a _____ il _____

_____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) PSICOLOGO-PSICOTERAPEUTA con decorrenza dal 19/04/2022 al 09/12/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  - CENTRO SYNESIS (CARNATE, ARCORE, MONZA)
  - CENTRO EVOLUTIVAMENTE (MONZA)
  - INTERVENTI PRIVATI-DOMICILIARI

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 04/04/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO CALCINATI MARTA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LAURA CALLONI
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico):
ATTIVITA' DI PSICOLOGO NELL'AMBITO DEI PROGETTI REGIONALI INNOVATIVI DI SALUTE MENTALE
con decorrenza dal 25.01.2022 AL 31.12.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

□di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

□ di non svolgere attività professionale;

☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione)

- STUDIO PATAT – PSICOLOGA PSICOTERAPEUTA
- STUDIO PRIVATO – PSICOLOGA PSICOTERAPEUTA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 20.01.2022 **IL DICHIARANTE F.TO LAURA CALLONI**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LAURA CALLONI
nato/a a VIMERATE il 11.03.1985 C.F. CLLLRA85C51M052S
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
Psicologo nella disciplina di Psicoterapia nell'ambito della progettualità "Case di Comunità"

con decorrenza dal 11.07.2022 al 10.01.2023

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  PSICOLOGA PSICOTERAPEUTA – STUDIO PRIVATO
  PSICOLOGA PSICOTERAPEUTA – STUDIO PATAT

DICHIARA INOLTRE

- ☑di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 11.07.2022 **IL DICHIARANTE** F.TO Laura Calloni

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

✓*l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CALORO ELENA nato/a a _____ il _____

_____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) MEDICO VACCINATORE con decorrenza dal 17/01/2022 al 31/03/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  MEDICO VACCINATORE LP PRESSO SS PAOLO E CARLO ASST
  MEDICO VACCINATORE CONTRATTO COCOCO GRUPPO SAN DONATO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 17/01/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO CALORO ELENA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a GIAMMARCO CAMEDDA
nato/a a PESCIA il 12/07/1995 C.F. CMDGMR95L12G491
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO VACCINATORE L.P
con decorrenza dal 22/04/2021 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 22/04/2021 **IL DICHIARANTE** Giammarco Camedda

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a CAMPAGNOLI ELENA
nato/a a MERATE il 27/08/81, C.F. CMPLNE 81M67F133D
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) TERAPISTA DELLA NEURO E RIABILITAZIONE UNITÀ OPERATIVA EVOLUTIVA
con decorrenza dal 29/12/17 al 31/12/18
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio) DI NATURA AUTONOMA
  - presso lo studio "Fare, dire, pensare, insieme" Concorezzo (MB) come Terapista della Neuro e Psicomotricità
  - presso la sede dell'Istituto "Gaizie", S. Maria Hoè (LC) come Psicomotricista

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:
Bellusco Brianza
10/10/17

Firma
(per esteso e leggibile)
Elena Campagnoli

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a VALENTINA CAJNI

nato/a a _____ Il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

_____

con decorrenza dal 28.04.2021 al 30.09.2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

CONTINUITA' ASSISTENZIALE COME REPERIBILE

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 28.04.2021 **IL DICHIARANTE** Valentina Li

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

- [x] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CAPOZZI TERESA nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) CONTRATTO DILAVORO IN FORMA AUTONOMA PER LA CAMPAGNA VACCINALE IN QUALITA' DI INFERMIERE PROFESSIONALE con decorrenza dal 12/2021 al 30/06/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  - CONSULENTE INFERMIERISTICA STUDIO MEDICO PRIVATO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26/05/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO CAPOZZI TERESA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CAPPELLINI DENISE
nato/a a CARATE B.ZA il 29/9/92 C.F. CPPDNS92P69B972H
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
Terapista della neuropsicomotricità
con decorrenza dal 16/3/19 al 15/3/20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

/ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

di non svolgere attività professionale;

/ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

PSICOMOTRICISTA LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO:
1. Studio Personale con sede in Brolo
2. Associazione Stella Blu con sede in Muggiò
3. Scuola materna Carate Brianza tramite cooperativa Progetto A con sede

DICHIARA INOLTRE in Arcore (MB)

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 15/3/19 **IL DICHIARANTE** Denise Cappellini

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CAPPELLO DENISE
nato/a a CARATE BRIANZA il 29/09/92 C.F. CPPDNS92P69B729C
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
Terapista della neuropsicomotricità
con decorrenza dal 19/5/20 al 18/5/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

Terapista libero professionista presso STUDIO PERCORRERE (V.le Milano 193 Desio)
Terapista libero professionista presso ASSOCIAZIONE STELLA BLU (Via Manini 5 Muggio)

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 19/5/20 IL DICHIARANTE Denise Cappello

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CAPPELLUTI DENISE _____

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

TERAPISTA DELLA NEUROPSICOMOTRICITA'

con decorrenza dal 16.09.2021 _____ al 15.09.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

TERAPISTA DELLA NEUROPSICOMOTRICIA'PRESSO STUDIO PERCORRERE

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 10.08.2021 **IL DICHIARANTE F.TO DENISE CAPPELLUTI**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Cappelluti Denise
nato/a a Carate Brianza il 29.09.1992
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
Terapista della neuropsicomotricità- libera professione

con decorrenza dal 16.09.2022 al 15.09.2033

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

Terapista della neuropsicomotricità presso studio privato (studio Percorrere)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 15.09.2022 **IL DICHIARANTE F,TO DENISE CAPPELLUTI**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a CAPPELLO DENISE
nato/a a CARATE BRIANZA, il 29/09/92, C.F. CPPDNS92P69B729C
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
TERAPISTA DELLA NEUROPSICOMOTRICITÀ
con decorrenza dal 26/3/18 al 25/3/19
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

ISTITUTO COMPRENSIVO CARATE MANSIONI DI TERAPISTA della NEUROPSICOMOTRICITÀ
LIBERO PROFESSIONISTA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:

22/2/18

Firma
(per esteso e leggibile)

Denise Cappello

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CAPPUCCIO ANTONINO
nato/a a SIRACUSA il 10/04/1973 C.F. CPPNNN73D10I754V
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LIBERO PROFESSIONALE MEDICO DI PRONTO SOCCORSO
con decorrenza dal 04/01/2018 al 03/01/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio) CONTINUITÀ ASSISTENZIALE = SOSTITUZIONE MEDICI DI FAMIGLIA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 11/12/2018 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 11.12.18 *Firma del dipendente* [signature]

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a GAPPUCCIO ANTONINO
nato/a a SIRACUSA il 17/07/1973 C.F. GPPNNN73L17I754V
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO PRONTO SOCCORSO CASA CIRCONDARIALE
con decorrenza dal 01/01/2021 al 03/01/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [X] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio) CONTINUITÀ ASSISTENZIALE / SOSTITUZIONE MEDICO DI FAMIGLIA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 03/01/2021 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 03/01/2021 *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CARONNI NADIA MARIA , nata a Seregno Il 17/04/1971 C.F. CRNNMR71D57I625T
In relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

NATURA LIBERO PROFESSIONALE -DISCIPLINA DI GERIATRIA
con decorrenza dal 17/06/2022 AL 16/12/2022
sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

-LIBERO PROFESSIONALE: CONSULENTE GERIATRA : RSA "IL Parco"-Carate B.za -COOPER. SOCAILAE ONLUS

- LIBERO PROFESSIONALE: MEDICO DI REPARTO: RSA "San Francesco"- Nova M.se -SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 19/06/2022 **IL DICHIARANTE NADIA MARIA CARONNI**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a GIOVANNI CARGANI
nato/a a MILANO il 11/06/1990 C.F. CRGGNN90H11F205W
residente a
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
COLLABORAZIONI COORDINATA E CONTINUATIVA
con decorrenza dal 1/5/21 al 31/7/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 06/05/2021 IL DICHIARANTE Giovanni Cargani

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a GIOVANNI CARGANI
nato/a a MILANO il 11/06/1990 C.F. CRGGNN90H11F205W
residente a
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
COLLABORAZIONI COORDINATA E CONTINUATIVA
con decorrenza dal 1/5/21 al 31/7/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 06/05/2021 IL DICHIARANTE Giovanni Cargani

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Regione Lombardia
ASST Vimercate

U.O.C. Risorse Umane

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a SILVIA CARRARA

nato/a a ALZANO L.DO il 11/07/1981 CF CRRSLV81L51A246E

residente a [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

LOGOPEDISTA NEL PROGETTO "DIRE FARE GIOCARE"

con decorrenza dal 1.1.17 al 31.12.17

sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

LOGOPEDISTA LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO STUDIO LOGOS, PIAZZA MARCONI 30, VIMERCATE (MB)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data

Usmate, 30.10.17

Firma
(per esteso e leggibile)

Silvia Carrara

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

Scanned by CamScanner

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CASATI GIULIA nato/a a _____ il _____
_____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) COLLABORAZIONE LIBERO-PROFESSIONALE PER ATTIVITA' VACCINALE ANTI COVID 19 con decorrenza dal 16/12/2021 al 30/06/2021
sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN PEDIATRIA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 27/05/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO CASATI GIULIA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CASATI GIULIA nato/a a _____ il _____

_____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) LIBERO PROFESSIONISTA PER ATTIVITA' VACCINALE con decorrenza dal 23/04/2021 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  MEDICO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE – INCARICO PROVVISORIO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 23/04/2021 **IL DICHIARANTE** F.TO CASATI GIULIA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CASATI MATTEO
nato/a a MARIANO C.SE il 29/9/90 C.F. CSTMTT90P29E955L
residente a
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
CO. CO. CO
con decorrenza dal 1/5/21 al 31/7/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (Indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [X] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 6/5/21 **IL DICHIARANTE**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ANNA CASTENUOVO _____

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

PSICOLOGO NELL'AMBITO DEI PROGETTI INNOVATIVI DI SALUTE MENTALE

con decorrenza dal 03.05.2021 _____ al 31.12.2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

COMUNITA' TERAPEUTICA PSICHIATRICA "CASA CIMA" PRIVATA CONVENZIONALTA; LIBERA PROFESSIONEOP.NOTTURNO

STUDIO AVVOCATO A.R.P., LIBERA PROFESSIONE CONSULENZE X VALUTAZIONI DIAGNOSTICHE/COLLOQUI

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 29.03.2021 **IL DICHIARANTE F.TO ANNA CASTELNUOVO**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ANNA CAPPELLUCCIO

nato/a a [redacted]

residente a [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGO NELL'AMBITO DEI PROGETTI INNOVATIVI DI SALUTE MENTALE

con decorrenza dal _____ al _____

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  - COMUNITÀ TERAPEUTICA PSICHIATRICA "CASCINA", PRESTAZIONE CONVENZIONATA; LIBERA PROFESSIONE OPPURE
  - STUDIO ASSOCIATO A.R.P, LIBERA PROFESSIONE CONSULENZE x VALUTAZIONI DIAGNOSTICHE/colloqui

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 29.03.2021 IL DICHIARANTE Anna Cappelluccio

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☑ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Vimercate

U.O.C. Risorse Umane

QD_ENT_201710_116118

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a CATTANEO Matteo

nato/a a MONZA, il 16/09/1986, C.F. CTTMTT86P16F704C

residente [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

INCARICO DI MEDICO - LIBERO PROFESSIONALE - C/O UOC CURE PRIMARIE

con decorrenza dal 20/02/18 al 20/02/2019

sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti 12.3.18 al 11.3.19

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

SOSTITUZIONE MEDICO DI MEDICINA GENERALE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:

Vimercate, 20/2/2018

Firma
(per esteso e leggibile)

Matteo Cattaneo

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CATANZARO MATTEO

nato/a a MONZA il 16/09/86 C.F. CTNMTT86P16F704C

residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO DIRIGENTE PSICHIATRA UOC CURE PRIMARIE

con decorrenza dal 25/3/19 al 25/03/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

SOSTITUTO MEDICO DI MEDICINA GENERALE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 25/03/2019 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MATTEO CATTANEO _____

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO LIBERO PROFESSIONISTA – U.O.C. CURE PALLIATIVE

con decorrenza dal 24.03.2020 _____ al 23.03.2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

SOSTITUZIONE MEDICO DI MEDICINA GENERALE

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 21.03.2020 **IL DICHIARANTE F.TO MATTEO CATTANEO**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CATANZARO MATTEO

nato/a a __

residente a

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO - U.O.S.D. PROFESSIONALITÀ - U.O.C. CURE PALLIATIVE

con decorrenza dal 25/03/2014 al 31/03/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE DI SOSTITUZIONE MEDICI DI MEDICINA GENERALE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 17/03/2021 IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1. LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ASTRID SOFIA CAVENAGHI
nato/a a MILANO il 26/02/1993 C.F. CVN SRD 93B66F205Z
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO
con decorrenza dal 1/12/2020 al 31/05/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

CONTACT TRACING - ATS MILANO, CONTINUITÀ ASSISTENZIALE - ASST MELEGNO, DOCENTE BLS - SIRIO SRL, DOCENTE BLS - ASSOCIAZIONE SALUTE E SOLIDARIETÀ

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26/11/2020 IL DICHIARANTE Astrid Sofia Cavenaghi

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CEOLON MARINA
nato/a a _____ il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
OSTETRICA PER ATTIVITÀ VACCINALE CO.CO.CO
con decorrenza dal 12/5/2021 al 31/7/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

OSTETRICA presso ente privato
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 10/5/2021 **IL DICHIARANTE** Ceolon Marina

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 10/5/2021 ***Firma del dipendente*** _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CERAVOLO ISABELLA nato/a a _____ il _____

_____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) VACCINAZIONE COVID con decorrenza dal 22/04/2021 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ✓ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

  _____
  _____
  _____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 22/04/2021 **IL DICHIARANTE** F.TO CERAVOLO ISABELLA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ELISA CRESCINI
nato/a a BERGAMO il 21-02-94 C.F. CRSLSE94B61D285O
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MAESTRO DI YOGA
con decorrenza dal 1/01/19 al 31/12/20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

OSTETRICA LIBERA PROFESSIONISTA SUL TERRITORIO DI MONZA BRIANZA, IN PARTICOLARE CASATE BRIANZA. SEDE A CALUSCO D'ADDA PRESSO IL CENTRO MATERNO INFANTILE YOUECO IL CENTRO "CAMBIAMENTI" DI VALMADRERA (LECCO).

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 21/12/18 **IL DICHIARANTE** [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 21.12.18 *Firma del dipendente* [signature]

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ELISA GERIOLI
nato/a a DESIO il 24-02-94 C.F. GRLLSE94B64D285U
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MAESTRO DI YOGA
con decorrenza dal 1/01/19 al 31/12/20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

OSTETRICA LIBERA PROFESSIONISTA SUL TERRITORIO DI MONZA BRIANZA, IN PARTICOLARE CARATE BRIANZA. SEDE A CARATE B.ZA PRESSO IL CENTRO MATERNO INFANTILE "YULÈ" E C/O IL CENTRO "CAMBIAMENTI" DI VALMADRERA (LECCO).

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 21/12/18 **IL DICHIARANTE** [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 21.12.18 *Firma del dipendente* [signature]

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MAIRA CHIARELLI SERRA
nato/a a MOGI GUACU - BRASILE il 28/03/1988 C.F. CHRMRA88C68Z602M
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO LIBERO PROFESSIONALE MEDICO PSICHIATRA PER IL SERVIZIO DIPENDENZE NOA VIMERCATE con decorrenza dal 01/06/2020 al 31/05/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [X] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 25/05/2020 IL DICHIARANTE Maira Chiarelli Serra

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 25/05/2020 *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a PIETRO CHESI
nato/a a [redacted] il [redacted] C.F. [redacted]
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
incarico per potenziamento sostituzioni in relazione a emergenza COVID-19
con decorrenza dal 25.03.20 al 24.05.2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  anestesia presso Multimedica di Sesto S. G. (MULTIMEDICA)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 23/3/20 **IL DICHIARANTE** [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 23.03.2020 *Firma del dipendente* [signature]

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a FRANCESCA CHIODINI
nato/a a MILANO il 16/6/90 C.F. CHDFNC90H56F205L
residente a [redacted] Via [redacted] Tel [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
EDUCATRICE PROFESSIONALE
con decorrenza dal _____ al 31/12/2019

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
PSICOLOGA PRESSO POLIAMBULATORIO CONSORZIO SOLE - ANGELO BELLINI

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 18/1/19 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

[X] *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 18/01/19 *Firma del dipendente* [signature]

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CHIRICO FRANCESCA
nato/a a VIMERCATE il 08/10/1990 C.F. CHRFNC90R48M052S
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LIBERO PROFESSIONALE DI PSICOLOGO
con decorrenza dal 28/01/19 al 31/12/19

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

PSICOLOGA LIBERA PROFESSIONISTA PRESSO:
- SYNESIS, CENTRO DI PSICOLOGIA
- STUDIO ANCORA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 28/01/19 IL DICHIARANTE Chirico Francesca

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 28/01/19 *Firma del dipendente* [signature]

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CHIRICO FRANCESCA
nato/a a VIMERCATE (MB) il 5/11/1990 C.F. CHRFNC90R45M052S
residente a [redacted] Via [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO DI NATURA LIBERO-PROFESSIONALE PER PSICOLOGO NELL'AMBITO DI PROGETTI INNOVATIVI DI SALUTE MENTALE con decorrenza dal 01/01/20 al 31/12/20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- di non svolgere attività professionale;
- di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

PSICOLOGA LIBERO-PROFESSIONISTA
- SYNESIS CENTRO DI PSICOLOGIA - SEDE CARNATE, VIA PALE M
- STUDIO ANCORA - SEDE CAMONICA DI MAPP, VIA VERDI 4

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/12/19 IL DICHIARANTE Chirico Francesca

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:
☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CHIRICO FRANCESCA nato/a a _____ il _____

_____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) PSICOLOGO-PROGETTI INNOVATIVI DI SALUTE MENTALE con decorrenza dal 01/01/2022 al 31/12/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ✓ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  PSICOLOGA SCOLASTICA PRESSO IC RODARI SEREGNO, IC CONFALONIERI MONZA, IC BARZANO'

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  - ENTE PRIVATO: SYNESIS CENTRO DI PSICOLOGIA CLINICA
    SOCIETA': STUDIO ANKORA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 01/01/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO CHIRICO FRANCESCA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a CLAUDIO MASSIMILIANO CANFAGLIONE
nato/a a SOMMA LOMBARDO, il 22.7.70, C.F. CNFCDM70L22I879Z
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO LIBERO PROFESSIONISTA PER LE CURE PALLIATIVE
con decorrenza dal 13.11.18 al 31.3.19
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs: 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:
VIMERCATE 12.11.18

Firma
(per esteso e leggibile)
Claudio Canfaglione

D.P.R. 446/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a CLAUDIO MASSIMILIANO CIANFAGLIONE
nato/a a SOMMA LOMBARDO, il 22-7-70, C.F. CNFCDM70L22I812Z
residente a [redacted] (Prov.) in Via [redacted] n. c.a.p. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LIBERO-PROFESSIONALE DI MEDICO SPECIALISTA PER UOCURE PALLIATIVE con decorrenza dal 01-04-19 al 31-03-20
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs: 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:

VIMERCATE 01.04.19

Firma
(per esteso e leggibile)

Claudio Cianfaglione

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CIMICCHI CLAUDIO

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE CD COVID.

con decorrenza dal 11/06/2021 al 31/07/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☑ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 11/06/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1 D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 11/06/2021 *Firma del dipendente* _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MARINA CHIOCCA

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE Co.Co.Co.

con decorrenza dal 28/04/2021 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☑ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data _____ **IL DICHIARANTE** Marina Chiocca

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☑ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ISABELLA CASTIGLIONI

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE COVID

con decorrenza dal 13/5/21 al 30/6/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☑ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 13/5/21 **IL DICHIARANTE** Isabella Castiglioni

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☑ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CASTELLAN ANDREA

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE CO.CO.CO

con decorrenza dal 29/04/21 al 30/06/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 29/04/21 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 29/4/2021 ***Firma del dipendente*** _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a GIULIO CASTANELLO

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

_____

con decorrenza dal 29/4/21 al 30/6/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☑ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 27/4/21 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☑ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CANNISTRACI ROSA

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

medico in collaborazione Co.Co.Co

con decorrenza dal 29/04/2021 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 29/04/2021 **IL DICHIARANTE** Rosa Cannistraci

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 29/04/2021 ***Firma del dipendente*** _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BRUNO ERICA

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE

con decorrenza dal 30/05/21 al 30/06/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

CO.CO.CO MEDICO TERAPIA INTENSIVA MILANO FIERA

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30/05/21 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 30/04/21 ***Firma del dipendente*** _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a EDOARDO BRAMBILLA
nato/a a _____ il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO VACCINATORE CO.CO.CO.
con decorrenza dal 30/09/21 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30/09/21 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 30/09/2021 *Firma del dipendente* _____

- [ ] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BOTTI MARA

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE CO CO CO

con decorrenza dal 30/04/2021 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30/04/2021 **IL DICHIARANTE** Mara Botti

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 30/04/2021 ***Firma del dipendente*** _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI

AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a VINCENZO CAMINO
nato/a a ENNA il 20-01-1978 C.F. CMNVCN78A20C342Z
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

_____
_____ con decorrenza dal _____ al _____

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [ ] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [x] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

ASL IMMES E PAT VIA TRIVULZIO 15 AZIENDA DI SERVIZI ALLA PERSONA LIBERO PROFESSIONALE MM. SOV.

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 10.09.2019 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CITERA' JESSICA
nato/a a CROTONE (KR) il 06-06-1990 C.F. CTRJSC90H46D122S
residente a _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LOGOPEDISTA LIBERO PROFESSIONALE - PROGETTI INNOVATIVI SALUTE MENTALE
con decorrenza dal 15/04/2021 al 31-12-2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
VALUTAZIONE E TERAPIA LOGOPEDICA PRESSO MONZA MEDICINA SRL
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 22/03/2021 **IL DICHIARANTE** Jessica Citera'

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☑ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CITTERIO PAOLA MARIA
nato/a a SEREGNO il 8/05/67 C.F. CTT PLA 67E48I625Y
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

con decorrenza dal 23/03/15 al 22/03/20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

MEDICO c/o RSA "FONDAZIONE G. BESANA" ONLUS - MEDA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 22/07/2019 IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a COLAFRANCESCO LUCA

nato/a a [illegible] il 11.05.1964 C.F. CLFLCU64E11F205D

residente a [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

attività di medico specialista nella disciplina di urologia

con decorrenza dal 02.11.2020 al 31.12.2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

LIBERA professione in diversi studi privati

Fisso 432 Piazza Garibaldi Melegnano

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26.10.2020 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a COLETTI SABINA
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico):
LIBERO PROFESSIONALE DIRIGENTE MEDICO DI ACCETTAZIONE E PRONTO SOCCORSO
con decorrenza dal 22.11.2021 AL 21.11.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

□di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☑ di non svolgere attività professionale;

□ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 19.11.2021 **IL DICHIARANTE F.TO COLETTI SABINA**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a COLETTI SABINA
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico):
LIBERO PROFESSIONALE DIRIGENTE MEDICO DI ACCETTAZIONE E PRONTO SOCCORSO
con decorrenza dal 22.11.2021 AL 21.11.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

□di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☑ di non svolgere attività professionale;

□ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 19.11.2021 **IL DICHIARANTE F.TO COLETTI SABINA**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

Salerno socio Sanitaria

Regione Lombardia

ASST Brianza

U.O.C. Risorse Umane

Ob Ref 201710 318

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____ CF _____

residente a _____ in _____ via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (specificare tipologia e denominazione dell'incarico)

_____

con decorrenza da _____ a _____

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/Società/Studio)

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30/5/22 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, essendo da farsi ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata e ricevuta dagli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 30/5/22 *Firma del dipendente* _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Titolo Documento	Data	Versione	Pagina
Dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione e allo svolgimento di attività professionali ai sensi dell'art. 15, comma 1, lett. c), del D.Lgs. n. 33/2013	10/03/2021	01	Pagina 1 di 1

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CONAGHI PAOLA

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
ASSISTENTE SANITARIO PER CAMPAGNA VACCINALE

con decorrenza dal 12/07/2021 al 30/09/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☑ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 08/07/2021 **IL DICHIARANTE** Paola Conaghi

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a FRANCESCA COLNAGHI
nato/a a VIMERCATE il 6/9/74 C.F. CLN FNC 74P46 M052Z
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGA disciplina: PSICOTERAPIA
con decorrenza dal 1/1/2019 al 31/12/2019

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  STUDIO PRIVATO.

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 8/1/2019 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 8/1/2019 *Firma del dipendente* [signature]

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengano presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a FRANCESCA COLNAGHI
nato/a a VIMERCATE Il 6/9/1976 C.F. CLNFNC76P46M052Z
residente a [redacted] Via [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico).
ATTIVITÀ DI PSICOLOGO SPECIALISTA NELLA DISCIPLINA DI PSICOTERAPIA NELL'AMBITO DI PROGETTI REGIONALI INNOVATIVI con decorrenza dal 1/1/2018 al 31/12/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia od eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/12/2019 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a FRANCESCA COLNAGO _____

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

PSICOLOGO SPECIALISTA NELLA DISCIPLINA PSICOTERAPIA - PROGETTI REGIONALI INNOVATIVI SALUTE MENTALE

con decorrenza dal 01.09.2021 _____ al 31.12.2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

STUDIO PRIVATO C/O CENTRO IL MELOGRANO VIA CADORNA 12 VIMERCATE (MB)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 10.08.2021 **IL DICHIARANTE F.TO FRANCESCA COLNAGHI**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHEINENTIDIDIRITTOPRIVATOREGOLATIOFINANZIATIDALLAPUBBLICAAMMINISTRAZION

E

ALLO SVOLGIMENTO D IATTIVITÀ PROFESSIONALI

AI SENSI DELL'ART.15,COMMA 1,LETT.C),DELD.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art.47D.P.R.n.445/2000)

La sottoscritta FRANCESCA COLNAGHI nata a VIMERCATE il 6.9.1974 C.F. CLN FNC74P46M052Z in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di attività di psicologa, con incarico libero professionale, 24 ore settimanali Progetto di interventi territoriali in psichiatria e case di comunità ad alta intensità: un modello per l'integrazione e multidimensionalità nella fascia tardo giovanile del disagio psichico

_____

con decorrenza dal 18.7.2022 al 31.12.2022

sotto la propria responsabilità,consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R. de l28 Dicembre 2000 n.445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

Ai sensi dell'art.15,comma1, lettera c) del D.Lgs. n.33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dallaPubblicaAmministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dallaPubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, duratadell'incarico/carica,eventualecompenso)

  _____

  _____

  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☐ X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  studio privato via Cadorna 12/d Vimercate

  _____

  _____

  _____

DICHIARAINOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003, che idatipersonaliraccoltisarannotrattatiancheconstrumentiinformaticiesclusivamentenell'ambitodelprocedimento per il qualelapresentedichiarazionevieneresa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presentedichiarazionesaràpubblicata,incasodiconferimentodell'incarico,sulsitowebdell'ASSTdellaBrianzanell'appositasezione"*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambitodellapresentedichiarazione.

Data 30.6.2022 **ILDICHIARANTE Firmato Francesca Colnaghi**_____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21e38 del D.P.R.n.445/2000 senzaautenticazione della sottoscrizionein quanto:

✓l'*istanzaeladichiarazionesostitutivavengonopresentateunitamenteallacopiafotostaticadiundocumentod'identità(frontee retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a COLOMBO FRANCESCA nato/a a _____ il _____
_____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) MEDICO VACCINATORE con decorrenza dal 20/12/2021 al 31/03/2022
sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ✓ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

  _____
  _____
  _____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 07/02/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO COLOMBO FRANCESCA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a COLOMBO MARIA PAOLA nato/a a _____ il _____

_____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITÀ DELL'ETÀ EVOLUTIVA con decorrenza dal 18/08/2021 al 17/08/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  - TNPEE – L'ARCA SOC. COOP. SOC.
  - TNPEE – CENTRO SALUTE DGD
  - TNPEE – ASST BRIANZA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 17/08/2021 **IL DICHIARANTE** F.TO COLOMBO MARIA PAOLA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a COLOMBO MARIA PAOLA

nato/a a MILANO il 30/11/1993 C.F. CLMMPL93S70F205X

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA – INCARICO LIBERO PROFESSIONALE

con decorrenza dal 01/09/2022 al 31/08/2023

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

  TNPEE presso L'ARCA SOC.COOP.SOC. Come Liberoprofessionista
  _____
  _____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/08/2022 **IL DICHIARANTE F.TO COLOMBO MARIA PAOLA**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a COLOMBO MARIA PAOLA
nato/a a MILANO il 20-11-93 C.F. CLMMPL 93S70F205X
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva - LIBERO PROFESSIONALE con decorrenza dal 12/01/21 al 18/05/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

INPEE - L'ARCA - SOC. COOP SOC.
INPEE - CENTRO SALUTE - Studio Privato
INPEE - CONTESTO - Centro Studi e Formazione - Studio Privato

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 16/12/20 **IL DICHIARANTE** Maria Paola Colombo

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:
☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☑ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a PAOLO COLOMBO
nato/a a _____ il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO VACCINATORE L.P.
con decorrenza dal 29/4/2021 al 31-07-2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
LIBERO PROFESSIONISTA PEDIATRA

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 29/4/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 29/04/2021 ***Firma del dipendente*** _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CONCONI PAOLA
nato/a a _____ il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO VACCINATORE LP
con decorrenza dal 30/04/2021 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30/04/2021 **IL DICHIARANTE** Paola Conconi

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 30/04/2021 ***Firma del dipendente*** _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengano presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a NOEMI CHIRICHELLO

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

DI MEDICO VACCINATORE L.P.

con decorrenza dal 01/05/2021 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☑ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 28/04/2021 **IL DICHIARANTE** Noemi Chirichello

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☑ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CGRANOLO ISABELLA

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

VACCINAZIONE COVID

con decorrenza dal 22/04/21 al 30/06/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 22/04/21 IL DICHIARANTE Isabella Cgranolo

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CEOLA STEFANO
nato/a a VALDAGNO (VI) il 17/01/93 C.F. CESFN93A17L551L
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
CAMPAGNA VACCINALE
con decorrenza dal 30/06/21 al 30/06/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 5/1/21 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 5/1/21 ***Firma del dipendente*** _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CASATI GIULIA

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

LIBERO PROFESSIONISTA PER ATTIVITA' VACCINALE

con decorrenza dal 23/6/21 al 30/6/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

MEDICO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE - INCARICO PROVVISORIO

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 23/6/21 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CONDITO ANDREA ANGELO
nato/a a _____ il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) INCARICO DI COLLABORAZIONE PER ATTIVITA' VACCINALE con decorrenza dal 20/12/2021 al 30/06/2022
sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ✓ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

  _____
  _____
  _____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 27/05/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO CONDITO ANDREA ANGELO

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MARINA CORRADO
nato/a a MILANO il 16/03/1992 C.F. CRRMRN92C56F205E
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITÀ DELL'ETÀ EVOLUTIVA LIBERO PROFESSIONISTA con decorrenza dal 18/05/2020 al 17/05/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 13/05/2020 IL DICHIARANTE Marina Corrado

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BIANCA ELISA CORRO' nato/a a _____ il _____
_____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) MEDICO VACCINATORE LP con decorrenza dal 12/05/2021 al 30/06/2021
sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ✓ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

  _____
  _____
  _____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 12/05/2021 **IL DICHIARANTE** F.TO BIANCA ELISA CORRO'

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a VALENTINA COSTA
nato/a a NAPOLI il 27-12-1962 C.F. CSTVNT62T67F839I
residente [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO LIBERO PROFESSIONALE N. ASST V- 2014 - 0018951 con decorrenza dal 1/8/17 al 31/07/18
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE PRESSO CENTRO MEDICO SANTAGOSTINO (MILANO)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data: Milano 31-10-17

Firma (per esteso e leggibile)

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controlli emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CRESPI MARCO

nato/a a VIMERCATE il 28-03-62 C.F. CRSMRC62C28M052S

residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

ATTIVITA' DI ODONTOIATRIA

con decorrenza dal 24-9-19 al 28 02 2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

TITOLARE STUDIO ODONTOIATRICO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 19.09.2019 IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli artt.li 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CRESPI MARCO
nato/a a VIMERCATE il 28-03-1962 C.F. CRSMRC62C28M052S
residente a [redacted] Via [redacted] Tel.
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
NATURA LIBERO PROFESSIONALE PER 10 ORE SETTIMANALI PRESSO CENTRO ODONTOIATRICO SPECIALE - CARATE BRIANZA con decorrenza dal 1-3-2020 al 28-02-2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

PRESSO PROPRIO STUDIO ODONTOIATRICA CON SEDE IN VIA II Pdo, 20 CONCOREZZO MB

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 21-02-2020 IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CRESPI MARCO
nato/a a VIMERCATE il 28-03-1962 C.F. CRSMRC62C28M052S
residente a AGRATE B.ZA Via M.M. PANZERI 8/A Tel. 338 5458145
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO LIBERO PROFESSIONALE PRESSO CENTRO ODONTOIATRIA SPECIALE PRESIDIO CARATE B.ZA con decorrenza dal 09-03-21 al 08-03-22

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

ATTIVITÀ PROFESSIONALE PRESSO PROPRIO STUDIO ODONTOIATRICO
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 11-03-2021 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MARCO CRESPI _____

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

INCARICO LIBERO PROFESSIONALE ODONTOIATRIA SPECIALE DI CARATE BRIANZA

con decorrenza dal 09.03.2022 _____ al 08.03.2023

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

ATTIVITA' PROFESSIONALE PRESSO STUDIO DI PROPRIETA'

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 09.03.2022 **IL DICHIARANTE F.TO MARCO CRESPI**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CUZZOLA VALENTINA nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) INCARICO DI NATURA LIBERO PROFESSIONALE PSICOLOGO NELLA DISCIPLINA DI PSICOTERAPIA con decorrenza dal 23/05/2022 al 22/05/2023

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  PSICOLOGO/PSICOTERAPEUTA LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO STUDIO LOGOMIRABELLO VIA ARTURO COLAUTTI 1 MILANO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 05/05/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO CUZZOLA VALENTINA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Martina Damasco

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) Medico Vaccinatore CO.CO.CO.

con decorrenza dal 22/04/2021 al 30/069/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ✓ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 22/04/2021 **IL DICHIARANTE** F.TO Martina Damasco

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a DAMATO ARIANNA nato/a a _____ il _____

_____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) LIBERO PROFESSIONALE DI TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA con decorrenza dal 14/03/2022 al DICEMBRE 2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  ASST MELEGNANO E MARTESANA DI GORGONZOLA E CPS DI PIOLTELLO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 14/02/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO DAMATO ARIANNA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI

AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a D'ANDREA LORENZA
nato/a a MILANO il 29.4.76 C.F. DNDLNZ76D69F205H
[redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
DI NATURA LIBERO - PROFESSIONALE PER LE ATTIVITA' DI PRELIEVO NELLA DISCIPLINA DI PEDIATRIA con decorrenza dal 1.7.18 al 30.6.2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

STUDIO PRIVATO ("NUOVA TERAPEUTICO" MILANO e VIMERCATE)
CONVENZIONE PRESSO "NUOVO TERAPEUTICO" CENTRO CLINICO MILANO (VIA MILANI, 12)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 1.7.18 IL DICHIARANTE D'A

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a D'ANDREA LORENZA
nato/a a MILANO, il 29.4.76, C.F. DNDLNZ76D69F205H
residente [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGA LIBERO PROFESSIONISTA
con decorrenza dal 1/7/18 al 30/6/19
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  STUDIO PRIVATO E CONSULENZE PRESSO CENTRO CLINICO DEL "NUOVO TORNAVENTO" (MILANO)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs: 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data: VIMERCATE 25/6/18

Firma (per esteso e leggibile)
Lorenza D'Andrea

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a D'ANDREA LORENZA

nato/a a [redacted]

residente a [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) BIOLOGA LIBERA PROFESSIONISTA NEL PROGETTO AZIENDALE "SPECIFICITÀ E CONTINUITÀ NEI PERCORSI DI CURA NELLA PSICOPATOLOGIA DELL'ADOLESCENZA" con decorrenza dal 1.1.17 al 31.12.17

sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

BIOLOGA LIBERA PROFESSIONISTA PRESSO STUDIO PRIVATO A MILANO ("RUOLO TERAPEUTICO", MILANO) e STUDIO PRIVATO A VIMERCATE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data: VIMATE 31.10.17

Firma (per esteso e leggibile) Lorenzo D'Andrea

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a D'ANDREA LORENZA
nato/a a MILANO il 29/4/76 C.F. [redacted]
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO LIBERO PROFESSIONALE PSICOLOGO SPECIALISTA IN PSICOTERAPIA
con decorrenza dal 1/9/2020 al 31/8/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

LIBERA PROFESSIONE PRESSO STUDIO PRIVATO Via Milano 12 (MI) "CENTRO CLINICO IL RUOLO TERAPEUTICO"

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 1/9/20 IL DICHIARANTE Lorenza D'A

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SARA MARIA BICE D'ANIELLO
nato/a a DESIO il 14/06/1988 C.F. DNLSMR88H54D286G
residente a [redacted] Via [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

con decorrenza dal 08/05/2019 al 07/05/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [X] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

PSICOLOGO PSICOTERAPEUTA L.B. PRESSO STUDIO PRIVATO IN VIALE ROMAGNA 30 MONZA e CON STUDIO PRESSO "IMMOBILIARE BELCHI 2004 S.R.L." IN VIA FRATELLI BELCHI, 15 MILANO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 07/05/2019 IL DICHIARANTE Sara Maria Bice D'Aniello

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Vimercate

U.O.C. Risorse Umane

QD_ENT_201710_116118

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SARA MARIA BICE DANIELLO
nato/a a DESIO il 14/06/1968 C.F. DNLSMR68H54Z856
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGO NELLA DISCIPLINA DI PSICOTERAPIA IN REGIME DI LAVORO AUTONOMO PROFESSIONALE PRESSO SERVIZIO MPERIENZE con decorrenza dal 1/01/20 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

PSICOLOGO PSICOTERAPEUTA LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO STUDIO SITUATO IN VIALE ROMAGNA, 30 MONZA
PSICOLOGO PSICOTERAPEUTA LIBERA PROFESSIONISTA PRESSO STUDIO PRESSO IMMOBILIARE BEOLCHI 2004 S.r.l. IN VIA F.LLI BEOLCHI, 15 MILANO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 29/06/2020 **IL DICHIARANTE** Sara Maria Daniello

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:
☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Vimercate

U.O.C. Risorse Umane

QD_ENT_201710_116118

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SARA MARIA BICE DANIELLO
nato/a a DESIO il 14/06/1968 C.F. DNLSMR68H54D286G
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGO NELLA DISCIPLINA DI PSICOTERAPIA IN REGIME DI LAVORO AUTONOMO PROFESSIONALE PRESSO SERVIZIO DIPENDENZE con decorrenza dal 1/01/2016 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

PSICOLOGO PSICOTERAPEUTA LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO STUDIO SITUATO IN VIALE ROMAGNA, 30 MONZA
PSICOLOGO PSICOTERAPEUTA LIBERA PROFESSIONISTA PRESSO STUDIO PRESSO IMMOBILIARE BEOLCHI 2004 S.R.L. IN VIA F.LLI BEOLCHI, 15 MILANO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 29/06/2020 **IL DICHIARANTE** Sara Maria Daniello

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:
☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a D'Aniello Sara Maria Bice
nato/a a Desio (MB) il 14/06/1968 C.F. DNLSMR68H54D286G
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
Psicologo nella disciplina di Psicoterapia presso Servizio Dipendenze-N.O.A. di Seregno
con decorrenza dal 04/07/2022 al 03/06/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

  _____
  Psicologo Psicoterapeuta in regime di libera professione
  _____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 04/07/2022 **IL DICHIARANTE F.TO Sara Maria Bice D'Aniello**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

X l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a D'ANIELLO SARA MARIA BICE nato/a a _____ il _____
_____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) PSICOLOGO NELLA DISCIPLINA DI PSICOTERAPIA NOA DI SEREGNO con decorrenza dal 01/07/2021 al 30/06/2022
sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  PSICOLOGO PSICOTERAPEUTA LIBERO PROFESSIONISTA:
  - STUDIO VIALE ROMAGNA 30
  - STUDIO PRESSO IMMOBILIARE BEOLCHI S.R.L.

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 01/07/2021 **IL DICHIARANTE** F.TO D'ANIELLO SARA MARIA BICE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a D'Aniello Sara Maria Bice
nato/a a Desio (MB) il 14/06/1968 C.F. DNLSMR68H54D286G
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
Psicologo nella disciplina di Psicoterapia presso Servizio Dipendenze-N.O.A. di Seregno
con decorrenza dal 04/07/2022 al 03/06/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

  _____
  Psicologo Psicoterapeuta in regime di libera professione
  _____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 04/07/2022 **IL DICHIARANTE F.TO Sara Maria Bice D'Aniello**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☑ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a AGNESE ANTONIETTA D'ANTUONO
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico):
INCARICO LIBERO PROFESSIONALE PSICOLOGO – PROGETTI REGIONALI INNOVATIVI
con decorrenza dal 01.01.2022 AL 31.12.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

□di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

□ di non svolgere attività professionale;

☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione)

- LIBERA PROFESSIONE
- CONSULENZA PSICOLOGICA
- L'ARCA DI NOE' ONLUS.

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 02.01.2022 **IL DICHIARANTE F.TO AGNESE ANTONIETTA D'ANTUONO**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Brianza

U.O.C. Risorse Umane

DD_ENT_201710_118

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Agnese Antonietta D'Antuono

nato/a a

residente a

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

ATTIVITÀ DI PSICOLOGO NELL'AMBITO DEI PROGETTI INNOVATIVI DI SERVIZIO MENTALE

con decorrenza dal 15.04.21 al 31.12.21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

LIBERA PROFESSIONE ASSOCIATIVA ANA DI NIA ONLUS

INSEGNANTE DI SOSTEGNO ATENA IMPRESA SOCIALE S.R.L.

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 17/03/21 IL DICHIARANTE Agnese Antonietta D'Antuono

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengano presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione allo svolgimento di attività professionali ai sensi dell'art. 15, comma 1, lett. c), del D.Lgs. n. 33/2013	16/02/2021	01	Pagina 1 di 1

Scansionato con CamS

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a OSIANA DASHI
nato/a a FIER (ALBANIA) il 2/5/86 C.F. DSHRNS86E62Z100U
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

_____ con decorrenza dal 6/11/2020 al 31/12/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

Medico del lavoro libero professionista: MEDILABOR SAS, FORTIMED, CENTIMED, CONSULMED (ITALIA)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 27/10/2020 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 27/10/2020 *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ORIANA DASHI

nato/a a [redacted] il [redacted] C.F. [redacted]

residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

INCARICO LIBERO PROFESSIONALE

con decorrenza dal 19/3/2020 al 10/3/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

CONSULENZA COME MEDICO LIBERO PROFESSIONISTA C/O: MEDILABOR SAS di GALLARATE (VA) FORTIMED SRL di AZZANO SAN PAOLO (BG)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 12/3/2020 IL DICHIARANTE Oriana Dashi

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengano presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a DAVID ALEXANDRU
nato/a a CURTEA DE ARGES il 26/05/1984 C.F. DVDLND84E26Z129K
residente a [redacted] Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INFERMIERE LIBERO PROFESSIONISTA
con decorrenza dal 26/11/2020 al 15/05/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

INFERMIERE LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO FONDAZIONE EMILIA BOSIS - BERGAMO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 25/11/2020 **IL DICHIARANTE** X David Alexandru

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 25/11/2020 *Firma del dipendente* X David Alexandru

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MICHELA DE ANGELIS
nato/a a [redacted]
residente a [redacted] Via [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (indicare tipologia e denominazione dell'incarico)
INFERMIERA
con decorrenza dal 7/5/21 al 31/7/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
INFERMIERA IN LIBERA PROFESSIONE PRESSO COOPERATIVA SOCIALE SOCIOSFERA ONLUS

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26/04/2021 IL DICHIARANTE Michela De Angelis

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 7/05/21 *Firma del dipendente* Marchesi Roberta

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Sergio De Cillis

nato/a a ___

residente a ___

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

Psicologo - progetti innovativi salute mentale

con decorrenza dal 26.4.21 al 31.12.21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

Dosso Verde Milano - Psicoterapeuta; IPSI Milano Psicoterapeuta

Università Milano Bicocca - Cultore della Materia

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30.03.2021 **IL DICHIARANTE** Sergio De Cillis

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data ___ *Firma del dipendente* ___

- [X] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ANGELA DE LUCIA
nato/a a TERNI (TR) il 13/03/1996 C.F.
residente a
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
AMMINISTRATIVA PER ATTIVITA' DI CONTACT TRACING
con decorrenza dal al

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [X] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 08/01/2021 IL DICHIARANTE Angela De Luca

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ANGELA DE LUCIA

nato/a a _____

residente a _____

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

AMMINISTRATIVA PER ATTIVITA' DI CONTACT TRACING

_____ con decorrenza dal _____ al _____

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

X di non svolgere attività professionale;

di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 08/01/2021 IL DICHIARANTE Angela De Luca

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagine
Dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione allo svolgimento di attività professionali ai sensi dell'art. 15, c. 1, lett. c), del d.lgs. 33/2013	03/10/2017	01	Pagina 1 di 1

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LAURA DE POLO

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO SPECIALISTA DI OFTALMOLOGIA

con decorrenza dal 01.03.2021 _____ al 28.02.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- X di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

ATTIVITA' LIIBERO PROFESSIONALE PRESSO COB - BERGAMO

ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALKE PRESSO CASA DI CURA IGEA MILANO

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

AMBULATORIO S. MARTINO VIA CRESPI 28 CAPRIATE

POLIAMBULATORIO DIAGNOFIC, C.SO LODI 49 MILANO

CLINICA BLUE EYE, VIA TORRI BIANCHE VIMERCATE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 25.02.2021 **IL DICHIARANTE F.TO LAURA DE POLO**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ARIANNA DE VITTORIO
nato/a a [redacted]
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LIBERO PROFESSIONALE - PSICOLOGO NEI PROGETTI REGIONALI INNOVATIVI SALUTE MENTALE (ETIM)
con decorrenza dal 12/05/2021 al 31/12/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  - PSICOLOGA C/O SERVIZIO TUTELA MINORI, AZIENDA SPECIALE SOLE, DA 6/4/2020 AD OGGI 630 € AL MESE
  - PSICOLOGA C/O SERVIZIO MINORI E FAMIGLIA, AZIENDA SPECIALE ASSIEME, DA 1/12/2020 A 28/2/21 735 AL MESE

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  PSICOTERAPEUTA C/O STUDIO PRIVATO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 12/05/2021 **IL DICHIARANTE** [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a DE VITTORIO ARIANNA
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico):
PSICOLOGA PER PROGETTO REGIONALE DI PSICHIATRIA
con decorrenza dal 03.02.2022 AL 31.12.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

□di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☑ di non svolgere attività professionale;

□ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 03.02.2022 **IL DICHIARANTE F.TO ARIANNA DE VITTORIO**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ARIANNA DE VITTORIO
nato/a a GALLIPOLI il 23/01/1979 C.F. DVTRNN79B63D883O
residente a MILANO Via/P. CATERINA DA FORLI' Tel. 3406550852
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGA PER PROGETTO REGIONALE DI PSICHIATRIA
con decorrenza dal _____ al 31.12.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 3/2/22 IL DICHIARANTE Arianna De Vittorio

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 9/2/2022 *Firma del dipendente* _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a DEIANA VALENTINA MARIA nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) MEDICO VACCINATORE LP con decorrenza dal 27/04/2021 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  MEDICO USCA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 27/04/2021 **IL DICHIARANTE** F.TO DEIANA VALENTINA MARIA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MARIANNA DELLA TORRE
nato/a a MILANO il 16/02/70 C.F. DLLMNN70B56F205B
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MAESTRO DI OSTEOPATIA
con decorrenza dal 1/1/2019 al 31/12/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  VISITE PRESSO STUDIO PERSONALE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 16/11/18 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 16.11.18 *Firma del dipendente* [signature]

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a DELL'ABATE VALENTINA
nato/a a NARDO' (LE) il 01/02/1980 C.F. DLLVNT80B41F842T
residente a [redacted] (Prov. MB) in via [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
TECNICO AUDIOMETRISTA - LIBERO PROFESSIONISTA
con decorrenza dal 1/3/15 al 1/4/2018
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data: Vimercate 26/10/2017

Firma (per esteso e leggibile) Valentina Dell'Abate

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a DOTT.SSA DANIELA DELLEPIANE

nato/a a TORINO il 29/12/1964 . C.F. DLLDNL64T69L219Y

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

INCARICO LIBERO PROFESSIONALE

con decorrenza dal 1/7/2022 al .

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione,

Xdi svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

ASST BRIANZA: INCARICO LP COME CONSULENTE IN DIETOLOGIA

ISTITUTO AUDIOLOGICO ITALIANO INCARICO LP COME CONSULENTE IN DIETOLOGIA

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

Xdi svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazioneEnte/società/Studio)

OSPEDALE POLLICER BORMIO IP IN DIETOLOGIA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 1/7/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO DANIELA DELLEPIANE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a DI FRANCO GIUSEPPE
nato/a a NOVI LIGURE (AL) il 17/04/1952 C.F. DFRGPP52D17F965C
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
CONSULENZA LIBERO PROFESSIONALE DI PNEUMOLOGIA
con decorrenza dal 7.4.20 al 6.10.20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  CONSULENZA LIBERO PROFESSIONALE DI PNEUMOLOGIA
  PO ALLERGOLOGIA - ISTITUTO CLINICA ZUCCHI MONZA

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  CONSULENZA LIBERO PROFESSIONALE DI ALLERGOLOGIA
  - MEDICINA GENERALE - POLIMEDICA BRIANZA, RHODELLA
  FISIOCENTER, USMATE

DICHIARA INOLTRE

- ☒ di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- ☒ di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- ☒ di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/03/2020

IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a DI FRANCO GIUSEPPE
nato/a a [redacted]
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
CONSULENZA LIBERO PROFESSIONALE DI PNEUMOLOGIA
con decorrenza dal _____ al _____

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
CONSULENZA LIBERO PROFESSIONALE DI PNEUMOLOGIA
ED ALLERGOLOGIA - ISTITUTO CLINICA ZUCCHI MONZA

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
CONSULENZA LIBERO PROFESSIONALE DI ALLERGOLOGIA
- MONZA AGORA, MONZA. - POLIAMBULATORIO BRIANZA, RONCELLO
FISIOCENTER, USMATE

DICHIARA INOLTRE

- ☒ di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- ☒ di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- ☒ di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/03/2020

IL DICHIARANTE Giuseppe Di Franco

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Michela Di Pierro_____
nato/a a_____il_____C.F._____
residente a_____Via_____Tel._____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) Medico Vaccinatore CO.CO.CO.
con decorrenza dal 22/04/2021 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ✓ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

  _____
  _____
  _____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 22/04/2021 **IL DICHIARANTE F.TO. Michela Di Pierro**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a DI SAURO ALESSANDRO
nato/a a NAPOLI il 11/07/1988 C.F. DSRLSN 88L11 F839T
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LIBERO PROFESSIONISTA PER FAR FRONTE ALL'EMERGENZA COVID-19
con decorrenza dal 06/01/2021 al 03/07/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  SOSTITUTO MEDICO DI MEDICINA GENERALE PRESSO BREMBATE, DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE E CONTINUITA' ASSISTENZIALE, ATS BERGAMO

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  SOSTITUTO MEDICO DI MEDICINA GENERALE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data _____ IL DICHIARANTE Alessandro Di Sau

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:
☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ANNA DIDONI
nato/a a MILANO il 15/05/1979 C.F. DDNNNA79E55F205J
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) PSICOLOGO NELLA DISCIPLINA PSICOTERAPIA – PROGETTO MATAXA – INCARICO LIBERO PROFESSIONALE

con decorrenza dal 01/09/2022 al 01/09/2025

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

CONSULENTE PSICOLOGA PRESSO FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO – MILANO, DAL 01/01/2022 AL 31/12/2022,
COMPENSO TOTALE 324000€

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

- PRESSO IL MIO STUDIO PRIATO
- PSICOLOGA CONSULENTE PRESSO LE COMUNITA' DELLA SALUTE ODV

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 27/09/2022 **IL DICHIARANTE FIRMATO Anna Didoni**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a DOTT. DIVELLI GIOVANNI ALBERTO
nato/a a MONZA (MI) il 01/07/55 C.F. DVLGNN55L01F704M
residente a [redacted] in via [redacted] n. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
ATTIVITA' DI MEDICO DI NECROSCOPIA
DELIBERA N. 1137 DEL 12/12/16 con decorrenze dal 01/01/17 al 31/12/19
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

di non svolgere attività professionale;

di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
SIAS I.C. DI LECCO / ASST DI LECCO
MEDICINA LEGALE (NECROSCOPIA) / ASST DI LECCO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs: 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data: VIMERCATE, 26/10/2017

Firma (per esteso e leggibile) Divelli Giovanni Alberto

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SOBREA LAURA BIANA

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

INFERMIERE VACCINATORE L.P.

con decorrenza dal 12/07/21 al 30/09/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 9.07.2021 **IL DICHIARANTE** Sobrio Laura Biana.

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il sottoscritto MARA DORO nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA con decorrenza dal 01/01/2022 al 31/12/2022

Sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  TNPEE ASST RHODENSE
  TNPEE PAROLE E MOVIMENTO – STUDIO PRIVATO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 05/01/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO MARA DORO

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Mara Doro

nato/a a

residente a

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
TERAPISTA della NEURO E PSICOMOTRICITÀ DELL'ETÀ EVOLUTIVA

con decorrenza dal 26/07/2021 al 31/12/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
INPEF in regime libero professionale - COLLABORAZIONE presso Studio privato "PAROLE E MOVIMENTO" (Lainate in Via L. da Vinci 5

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26/07/2021 **IL DICHIARANTE** Mara Doro

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a DOSSI BIANCA nato/a a _____ il _____

_____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) MEDICO PER EMERGENZA COVID-19 con decorrenza dal 28/02/2022 al 30/06/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  - SOSTITUZIONI PERIODICHE DI MMG

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 21/02/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO DOSSI BIANCA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

Dichiarazione ai sensi dell'art. 15, comma 1, lett. c) del D.Lgs. n. 33/2013

Il/La sottoscritto/a GIULIANO DR. DROGO matr. _____

nato/a a SEREGNO (MB) il 21/05/1949

domiciliato per la carica a VIMERCATE (ASST VIMERCATE) (MB)

in via S.S. COSMA E DAMIANO, N° 10 in servizio presso

VOL - OST - GIN → CARATE BZA in qualità di COLLABORATORE A TITOLO GRATUITO

(Unità Operativa, ubicazione) (Dirigente, Medico, Direttore, Consulente)

consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445, con riferimento alla propria posizione e all'incarico professionale di:

COLLABORAZIONE A TITOLO GRATUITO

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000

☒ di NON svolgere incarichi o di NON essere titolare di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione o di NON svolgere attività professionali;

☐ di svolgere incarichi o di essere titolare di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione o di svolgere attività professionali, come di seguito elencato:

ATTIVITÀ PRIVATA PROFESSIONALE PRESSO IL PROPRIO STUDIO SITO IN SEREGNO (MB) VIA BALLERINI 26

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 27/02/2020

IL DICHIARANTE

Giuliano Drogo

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

FIRMA DEL DIPENDENTE

Data _____ _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a DUSI LUCA nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) COLLABORAZIONE PER L'ATTIVITà VACCINALE con decorrenza dal 20/12/2021 al 30/06/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ✓ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26/05/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO DUSI LUCA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a DANIELA CARLA MARIA ERMELLI
nato/a a MILANO il 16/06/1974 C.F. RMLDLG74H56F205O
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO DI NATURA LIBERO PROFESSIONALE, PER 28h/sett A MEDICO PER U.O.C. CURE PALLIATIVE con decorrenza dal 20/4/20 al 19/10/20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ✓ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 15/04/2020 IL DICHIARANTE Daniela Carla Maria Ermelli

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengano presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ESPOSITO GLORIA

nato/a a [illegible] il 21-12-1999 C.F. SPSGLR99T61D286M

residente a [illegible]

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

COCOCO

con decorrenza dal 19/11/2020 al 30/09/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 25/02/2021 **IL DICHIARANTE** Gloria Esposito

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☑ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ESPOSITO GLORIA

nato/a a [illegible] il 21-12-1999 C.F. SPSGLR99T61D158M

residente a [illegible]

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

COCOCO

con decorrenza dal 19/11/2020 al 30/09/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 25/02/2021 **IL DICHIARANTE** Gloria Esposito

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37 comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☑ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a GABRIELLA FERRO

nato/a a MONZA, il 29/08/1966 C.F. SPSGRL66M69F704H

residente a [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

PSICOLOGO U.S.M.D.P. MONZA.

con decorrenza dal 10/08/18 al 9/08/19

sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

STUDIO PRIVATO
CONSULENTE PER ORDINE
CONSULENTE PRESSO MONZA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:

18/07/2018

Firma
(per esteso e leggibile)

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a GARRIEVO ESPOSITO
nato/a a ROMA il 29-08-76 C.F. SPSGRL76M29F704H
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
CONSULENTE L. PROFESSIONALE SPECIALISTA DISCIPLINA PSICOTERAPIA DELL'U.O.C. di PRONTO SOCCORSO con decorrenza dal 10/08/20 al 09/08/22

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

PROCURA DELLA REPUBBLICA - CONSULENTE L. PROFESS. A CHIAMATA

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

CONSULENTE L. PROFESSIONALE PRESSO ASST MONZA
ATTIVITÀ PSICOLOGICA - PSICOTERAPEUTA PRESSO STUDIO PRIVATO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 07/08/20 IL DICHIARANTE Esposito

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a GABRIELLA ESPOSITO
nato/a a MONZA il 29/08/76 C.F. SPSGRL76M69F704H
residente a [redacted] Via [redacted] Tel [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
ATTIVITA' DI PSICOLOGO DISCIPLINA PSICOTERAPIA
con decorrenza dal 20/05/19 al 09/08/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  INCARICO LIBERO PROFESSIONALE PRESSO PRIVATA
  PER BIENNIO

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  LIBERO PROFESSIONISTA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 09/08/19 IL DICHIARANTE Esposito

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a FABRIS GIADA
nato/a a OLGIATE OL. il 11-12-11 C.F. FBRGDA91T51G002I
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LIBERO PROF. PRESSO CDF FARMACIA
con decorrenza dal 9/11 al 8/11/19
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs: 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data: 27/6/2018

Firma (per esteso e leggibile)

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MARCO FARINA
nato/a a GUSSAGO il 8-10-1990 C.F. FRNMRC90R08E051
residente a [redacted] Via [redacted] Tel [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LIBERA PROFESSIONE DI MASSAIO DI OSTEOPATIA
con decorrenza dal 1-01-2019 al 31-12-2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
ASSISTENTE AL VOLENTE, PUNTO CUNICO PRESSO ACCADEMIA ITALIANA MEDICINA OSTEOPATICA - SARONNO)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 7-12-2018 **IL DICHIARANTE** [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 7.12.18 *Firma del dipendente* [signature]

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MIRIAM FAUST
nato/a a SEGRATE (MI) il 05/09/1994 C.F. FSTMRM94P45I5470
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INFERMIERE PER CAMPAGNA VACCINALE REGIONE LOMBARDIA
con decorrenza dal 29/4/2021 al 31/07/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

CONTO DIPENDENTE TRAMITE COOPERATIVA EUROPA PRESSO U.O. SPOC PRESSO P. OSP. CONTO LIBERO PROFESSIONISTA TRAMITE COOPERATIVA AMBRA PRESSO U.O. MEDICINA CON PRESSO P. OSP. CINISELLO BALSAMO (OSPEDALE BASSINI)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 5/5/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Fernicola Federica

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

medico vaccinatore cococo

con decorrenza dal 5/5/21 al 30/6/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 5/5/21 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 5/5/21 ***Firma del dipendente*** _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MICHELA DI PIERRO
nato/a a _____ il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO VACCINATORE CO.CO.CO.
con decorrenza dal 22/06/21 al 30/06/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 22/06/21 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LAURA DE ROSA

nato/a a TRAVISO il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE CO.CO.CO

con decorrenza dal 26/04/2021 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

MEDICO SOSTITUTO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

MEDICO USCA

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26/04/2021 **IL DICHIARANTE** Laura De Rose

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 26/04/2021 *Firma del dipendente* _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MARTINA DAMASO

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE CO.CO.CO.

con decorrenza dal 22/4/2021 al 30/6/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 22/4/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 22/4/2021 ***Firma del dipendente*** _____

- [ ] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a TOMMASO CENI

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE COCOCO

con decorrenza dal 28-4-21 al 30-6-21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 28-4-21 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 28-4-21 ***Firma del dipendente*** _____

- [ ] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a COLOMBO PIETRO

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE CO-CO-CO

con decorrenza dal 08/06/21 al 31/07/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☑ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 08/06/21 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 08/06/21 ***Firma del dipendente*** _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a FERRARI STEFANIA nato/a a il

C.F.

residente a Via Tel.

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) PSICOLOGA L.P. PER IL PROGETTO "DIMISSIONI PROTETTE" con decorrenza dal 01/01/2022 al 31/12/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ✓ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  PSICOLOGA L.P. PRESSO ASST MONZA NEL PROGETTO "DIPENDE DA OCME MI ABBRACCI"

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  PSICOLOGA L.P. PRESSO STUDIO PRIVATO VIA GASLINI 162 MONZA (MB)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 07/01/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO FERRARI STEFANIA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

Dichiarazione ai sensi dell'art. 15, comma 1, lett. c) del D.Lgs. n. 33/2013

Il/La sottoscritto/a GIANMICHELE FERRARIO matr. //

nato/a a MILANO (MI) il 8 / 06 / 1952

domiciliato per la carica a VIMERCATE (MB)

in via SS. COSMA E DAMIANO in servizio presso

UOC NEFROLOGIA E DIALISI in qualità di CONSULENTE

(Unità Operativa, ubicazione) (Dirigente, Medico, Direttore, Consulente)

consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445, con riferimento alla propria posizione e all'incarico professionale di:

COLLABORATORE PROF.LE A TITOLO GRATUITO

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000

☒ di NON svolgere incarichi o di NON essere titolare di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione o di NON svolgere attività professionali;

☐ di svolgere incarichi o di essere titolare di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione o di svolgere attività professionali, come di seguito elencato:

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 15/06/2020

IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 15/06/2020

FIRMA DEL DIPENDENTE

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a FERRARIO LUCA
nato/a a BERGAMO il 05/11/1989 C.F. FRRLCU89S05A794G
residente a [redacted] Via [redacted] T[redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
ODONTOIATRA LIBERO PROFESSIONISTA
con decorrenza dal 20/09/19 al 29/02/20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

POLIAMBULATORIO MEDICO ODONTOIATRICO SRL - ODONTOIATRA LIBERO PROFESSIONISTA
POLIMEDICA VITRUVIO SRL - ODONTOIATRA LIBERO PROFESSIONISTA
BERGAMO UNO SRL - ODONTOIATRA LIBERO PROFESSIONISTA
MEDICAL EQUIPE SRL - ODONTOIATRA LIBERO PROFESSIONISTA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 18/09/2019 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a FERRARIO LUCA
nato/a a BERGAMO
residente a
in relazione
all'incarico di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) ODONTOIATRA LIBERO PROFESSIONISTA
con decorrenza dal 09/03/21 al 08/03/22

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

POLIAMBULATORIO MEDICO ODONTOIATRICO SRL - ODONTOIATRA L.P
POLIMEDICA VITRUVIO SRL - ODONTOIATRA L.P.
VERADENT CLINIC SRL - ODONTOIATRA L.P.
MEDICAL EQUIPE SRL - ODONTOIATRA L.P.

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 09/03/2021

IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a FERRARIO LUCA

nato/a a [illegible]

residente a [illegible]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

ODONTOIATRA LIBERO PROFESSIONISTA

con decorrenza dal 26/04/21 al 25/04/22

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

POLIMEDICA VITRUVIO SRL - ODONTOIATRA L.P.
POLIAMBULATORIO MEDICO ODONTOIATRICO SRL - ODONTOIATRA L.P.
MEDICAL EQUIPE SRL - ODONTOIATRA L.P.
VERADENT CLINIC SRL - ODONTOIATRA L.P.

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26/04/21

IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengano presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il sottoscritto Ferrario Luca
nato a Bergamo il 05/11/1989 C.F.FRRLCU89S05A794G
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) Odontoiatra L.P. - Ambulatorio Odontoiatria Speciale Carate Brianza con decorrenza dal 22/07/2022 al 25/07/2023

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

□ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

□ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio) Medical Equipe srl, Polimerica Vitruvio srl, Veradent clinic Srl, Poliambulatorio medico-odontoiatrico srl come odontoiatra l.p.

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 22/07/2022 **IL DICHIARANTE Luca Ferrario**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

×*l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il sottoscritto Ferrario Luca
nato a Bergamo il 05/11/1989 C.F.FRRLCU89S05A794G
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) Odontoiatra L.P. - Ambulatorio Odontoiatria Speciale Carate Brianza con decorrenza dal 22/07/2022 al 25/07/2023

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

□ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

□ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio) Medical Equipe srl, Polimerica Vitruvio srl, Veradent clinic Srl, Poliambulatorio medico-odontoiatrico srl come odontoiatra l.p.

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 22/07/2022 **IL DICHIARANTE Luca Ferrario**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

×*l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a VINCENZO FERRUCCI
nato/a a BENEVENTO il 10/12/1985 C.F. FRRVCN85T10A783T
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LIBERO PROFESSIONISTA
con decorrenza dal _____ al _____

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

SOSTITUZIONE CONTINUITA' ASSISTENZIALE PRESSO ATS INSUBRIA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 09/04/2020 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a FRANCO PAOLO NICOLO' nato/a a _____ il _____
_____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) MEDICO VACCINATORE LP con decorrenza dal 04/05/2021 al 30/06/2021
sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ✓ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

  _____
  _____
  _____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 04/05/2021 **IL DICHIARANTE** F.TO FRANCO PAOLO NICOLO'

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il sottoscritto ANTONIO FRESCO nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) PSICOLOGO DISCIPLINA PSICOTERAPIA con decorrenza dal 01/01/2022 al 31/12/2022

Sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30/12/2021 **IL DICHIARANTE** F.TO ANTONIO FRESCO

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ANTONIO FORSCO
nato/a a MILANO il 8/9/73 C.F. FRSNTN73P08F205Y
residente a VI Te
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGO DISCIPLINA PSICOTERAPIA
con decorrenza dal 1/1/20 al 31/12/20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

STUDIO PRIVATO (MILANO)
STUDIO PRIVATO (VIA STEFANO ARAI MILANO - LODI PRIMARI)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/12/19

IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 1 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:
1 La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto

Data _____ *Firma del dipendente* _____

1 L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ANTONIO FRESCO
nato/a a MILANO il 8/3/79 C.F. FRSNTN79P08F205X
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) *
PSICOLOGO PSICOTERAPEUTA
con decorrenza dal 1/1/19 al 31/12/19

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  PSICOLOGO PSICOTERAPEUTA LIBERO PROFESSIONISTA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 3/1/19 IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 3/1/19 *Firma del dipendente*

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ANTONIO FRESTA
nato/a a MILANO il 8/8/73 C.F. FRSNTN73P08E205X
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGO PSICOTERAPEUTA (nell'ambito dei Progetti Innovativi della Scuola Mondo) con decorrenza dal 1/1/21 al 31/12/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  PSICOLOGA PSICOTERAPEUTA PRESSO STUDIO PRIVATO (LIBERA PROFESSIONE)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 7/1/21 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:
☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHEINENTIDIDIRITTOPRIVATOREGOLATIOFINANZIATIDALLAPUBBLICAAMMINISTRAZION E

EALLOSVOLGIMENTODIATTIVITÀPROFESSIONALI AISENSIDELL'ART.15,COMMA 1,LETT.C),DELD.LGS. 33/2013

(Dichiarazionesostitutivadinotorietàexart.47D.P.R.n.445/2000)

Il/lasottoscritto/a Valentina Frigerio

nato/aa Lecco il 01.08.1989 C.F. FRGVNT89M41E507H

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di(inseriretipologiaedenominazionedell'incarico)

Psicologa presso Casa di Comunità

con decorrenza dal _11.07.2022___al ___10.01.2023_

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76delD.P.R.del28 Dicembre2000 n.445,nelcasodidichiarazioninonveritiere,diformazioneousodiattifalsi,

DICHIARA

aisensidell'art.15,comma1, letterac)delD.Lgs. n.33/2013

SEZIONEI–INCARICHIECARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dallaPubblicaAmministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dallaPubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, duratadell'incarico/carica,eventualecompenso)

  _____

  _____

  _____

SEZIONEII–ATTIVITÀPROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguenteattivitàprofessionale(indicaretipologiaedeventualedenominazioneEnte/società/Studio)

  Psicologo, Ats Insubria

  Psicologo, psicoterapeuta, Centro di consultazione e Psicoterapia, Fondazione Minotauro

  Psicologo, psicoterapeuta, RSA San Giovanni, Emmaus Spa Psicologo, psicoterapeuta, studio privato

DICHIARAINOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003, che idatipersonaliraccoltisarannotrattatiancheconstrumentiinformaticiesclusivamentenell'ambitodelprocedimento per il qualelapresentedichiarazionevieneresa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presentedichiarazionesaràpubblicata,incasodiconferimentodell'incarico,sulsitowebdell'ASSTdellaBrianzanell'appositasezione"*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambitodellapresentedichiarazione.

Data 04.07.2022 **ILDICHIARANTE F.TO Valentina Frigerio**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21e38 del D.P.R.n.445/2000 senzaautenticazione della sottoscrizionein quanto:

×*l'istanzaeladichiarazionesostitutivavengonopresentateunitamenteallacopiafotostaticadiundocumentod'identità(frontee retro)*.

TitoloDocumento	Data	Revisione	Pagina
Dichiarazionerelativaallosvolgimentodiincarichioallatitolaritàdicariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblicaamministrazioneallosvolgimentodiattivitàprofessionaliaisensi dell'art.15,comma1,lett.c),delD.Lgs.n.33/2013	27/05/2022	02	Pagina1di1

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ELISA GALIMBERTI
nato/a a _____ il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
_____
con decorrenza dal 01-08-2021 al 30-09-2024

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 28-07-2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 28/7/2021 ***Firma del dipendente*** _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a PAOLO NICCOLO' FRANCO

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE AP

con decorrenza dal 04/05/2021 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☑ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 04/05/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 4/05/2021 ***Firma del dipendente*** _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CIULIA DRAGONETTI

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE LP

con decorrenza dal 21/05/21 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 21/05/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 21/05/2021 ***Firma del dipendente*** _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CARIA LAURA DI FORTI

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE LP

con decorrenza dal 30/04/21 al 30/06/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/05/21 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 31/05/2021 ***Firma del dipendente*** _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a DELANA VALENTINA MARIA

nato/a a _____ Il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

DI MEDICO VACCINATORE LP

con decorrenza dal 27/04/2021 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

MEDICO USCA

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 27/04/2021 **IL DICHIARANTE** Valentina Delana

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

- [x] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a DANUZIO FEDERICA

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

di MEDICO VACCINATORE LP

con decorrenza dal 26/04/21 al 30/6/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26/04/2021 **IL DICHIARANTE** Federica

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 26/04/2021 ***Firma del dipendente*** _____

- [ ] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ~~ex~~ art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BIANCA ELISA COMO

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE LP

con decorrenza dal 12/5/21 al 30/6/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 12/5/21 **IL DICHIARANTE** Bianca Elisa Como

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengano presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ROBERTA CAIAZZO

nato/a a [illegible]

residente a [illegible]

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

PSICOLOGO LIBERO PROFESSIONISTA ADI

con decorrenza dal 15/06/21 al 31/12/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

PSICOLOGO LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO STUDIO PRIVATO ATTIVITÀ DI CONSULENTE TECNICO D'UFFICIO PER IL TRIBUNALE DI MONZA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 5/07/21 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

- [ ] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a GAVIRAGHI GIULIA
nato/a a VIMERCATE il 11/04/1990 C.F. GVRGLI90D51M052O
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA
con decorrenza dal 1/3/19 al 29/02/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE C/O STUDIO PRIVATO "PERCORSI" AD AGRATE BRIANZA (MB)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 1/03/2019 IL DICHIARANTE Giulia Gavirag

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a GIULIA GAVIRAGHI
nato/a a VIMERCATE il 11/04/1990 C.F. GVRGLI90D51M052O
residente a / Via / Tel. /
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LIBERO PROFESSIONISTA - TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA con decorrenza dal 19/05/2020 al 18/05/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  LIBERO PROFESSIONISTA c/o STUDIO PERCORSI - AGRATE B.ZA (MB)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 19/05/2020 IL DICHIARANTE Giulia Gaviraghi

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:
☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a [illegible]
nato/a a [illegible] il 05/10/1975 C.F. [illegible]
residente a [illegible] Via [illegible] n. [illegible]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di: (specificare tipologia e denominazione dell'incarico)
[illegible]
con decorrenza dal 20/01/22 al 31/03/22

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 75 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;

- di essere informato/a che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 14/1/22 Il DICHIARANTE [illegible]

La presente dichiarazione, resa da Lei ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione di seguito:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a GENTILE ANDREA nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) MEDICO VACCINATOREcon decorrenza dal 17/01/2022 al 15/06/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ✓ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 29/05/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO GENTILE ANDREA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a GENTILE VALERIA
nato/a a CREMONA il 14-8-86 C.F. GNTVLR86M54G141V
residente a
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
COLLABORAZIONE COCOCO AMMINISTRATIVA
con decorrenza dal 10-05-2021 al 31-07-2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  CONTRATTO DI FARMACIA RURALE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26/4/2021 IL DICHIARANTE Valeria Gentile

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a GIACALONE ANNALISA GIUSEPPA
nato/a a _____ il _____
C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) _____ con decorrenza dal 19/01/2022 al 30/06/2022
sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ✓ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

  _____
  _____
  _____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30/05/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO GIACALONE ANNALISA GIUSEPPA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a GIAMPIETRO MARA
nato/a
reside
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
DI IGIENISTA DENTALE
con decorrenza dal 9/03/21 al 8/3/22.

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- di non svolgere attività professionale;
- ✕ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

ODONTOLEGAL SAS, PAGLIARI ALBERTINA ELITA, SMILE CENTER SRL, CASA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 04/03/21 IL DICHIARANTE Giampietro Mara

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a GIAMPIETRO MARA nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) ATTIVITA' DI IGIENISTA DENTALE con decorrenza dal 23/09/19 al 29/02/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

LIBERO PROFESSIONALE PRESSO: ODONTODUEGI, RIGI, SMILE CENTER, NIMAR, STUDIO DENTISTICO COL SORRISO

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 20/09/2019 **IL DICHIARANTE** F.TO MARA GIAMPIETRO

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a GIAMPIETRO MARA
nato/a a MILANO il 09/08/84 C.F. GMPMRA84M49F205F
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
ASSUNTA DI IGIENISTA DENTALE
con decorrenza dal 23/9/19 al 29/02/20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  STUDIO ODONTOIATRICO

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  LIBERO PROFESSIONALE PRESSO: ODONTOBUFFI, DUEI, SMILE CENTER, NIMM, STUDIO DENTISTICO CA' SORRISO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 20/09/19 IL DICHIARANTE Giampietro Mara

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 20/09/19 *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Regione Lombardia
ASST Vimercate

U.O.C. Risorse Umane

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a GIAMPIETRO MARA
nato/a a MILANO il 08/08/81 cf GMPMRA81M48F205F
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LIBERO PROFESSIONISTA - IGIENISTA DENTALE
con decorrenza dal 21/06/17 al 31/08/19
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 18, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
STUDIO DENTISTICO DOTT. - IGIENISTA DENTALE
SMILE CENTER SRL - IGIENISTA DENTALE
STUDIO DOTT. MINNI - IGIENISTA DENTALE
STUDIO DOTT. VARENNI - IGIENISTA DENTALE / CENTRO ODONTOIATRICO CORMANESE - IGIENISTA DENTALE

DICHIARA INOLTRE

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

di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";

di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:
CARATE 30/10/2014

Firma
(per esteso e leggibile)
Giampietro Mara

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a FAUSTO ANTONIO MARIA GIULIANA
nato/a a [redacted] il [redacted] C.F. GLN FTN 81 D24 C480 O
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO DA ASSEGNARE ALLA U.O.C. CURE PALLIATIVE
con decorrenza dal 28.10.19 al 27.10.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [ ] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  RSA VILLA DEI CEDRI (MEDRATE)
  LIBERO PROFESSIONISTA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 12.10.2019 IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

[x] *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 17.10.19 *Firma del dipendente*

[x] *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagine
Dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione allo svolgimento di attività professionali ai sensi dell'art. 15, c. 1, lett. c), del d.lgs. 33/2013	03/10/2017	01	Pagina 1 di 1

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SILVIA GRIGNAFFINI
nato/a a PAVIA il 15/07/73 C.F. GRGSLV73L55G388Q
residente a [redacted] Via [redacted] Tel [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGO - PSICOTERAPEUTA
con decorrenza dal 1/1/19 al 31/12/19

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  STUDIO PRIVATO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 8/1/19 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 8/1/19 *Firma del dipendente* [signature]

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SILVIA GRIGUAN
nato/a a PAVIA il 15/7/73 C.F. GRGSLV73L55G388Q
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGO - PSICOTERAPEUTA NELL' AMBITO DEI PROGETTI DI INTERVENTO PRECOCE con decorrenza dal 1/11/21 al 31/12/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  DOCENTE PRESSO SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE "ASIPSE" DI MILANO - LIBERO PROFESSIONISTA

DICHIARA INOLTRE

- [X] di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- [X] di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- [X] di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 29/11/2020 IL DICHIARANTE Silvia Griguan

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SILVIA GRIGNANI
nato/a a [illegible] il 16/12/73 C.F. GRGSLV73L55G388Q
residente a [illegible] Via [illegible] Tel.
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGA - PSICOTERAPEUTA NELL'AMBITO DEI PROGETTI INDIVIDUALIZZATI DI SALUTE MENTALE con decorrenza dal 1/1/20 al 31/12/20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
DOCENTE PER ASIPSE - SCUOLA DI PSICOTERAPIA CON SEDE IN VIA SETTEMBRINI, 7 MILANO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 1/1/2020 IL DICHIARANTE Silvia Grignani

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SILVIA GRIGUAN
nato/a a
residente a
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGO - PSICOTERAPEUTA NELL' AMBITO DEI PROGETTI DI INTERVENTO PRECOCE con decorrenza dal 1/11/21 al 31/12/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  DOCENTE PRESSO SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE "ASIPSE" DI MILANO - LIBERO PROFESSIONISTA

DICHIARA INOLTRE

- [X] di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- [X] di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- [X] di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 29/11/2020 IL DICHIARANTE Silvia Griguan

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a GRIGNANI SILVIA nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) PSICOLOGO NELLA DISCIPLINA DI PSICOTERAPIA con decorrenza dal 01/01/2022 al 31/12/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

PSICOTERAPEUTA LIBERO PROFESSIONALE

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/12/2021 **IL DICHIARANTE** F.TO SILVIA GRIGNANI

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

La sottoscritta Silvia Grignani
nato/a a Pavia il 15/07/1973
C.F. GRGSLV73L55G388Q
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di **Psicologo specialista nella disciplina di psicoterapia nell'ambito del progetto "Interventi territoriali in Psichiatria e Case di Comunità** con decorrenza dal 11/07/2022 al 31/12/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale:
Attività di formazione per Scuola ASIPSE srl Milano

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 11/07/2022 **IL DICHIARANTE F.to Silvia Grignani**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

✓*l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a GRIVA VASSILIS
nato/a a MANDRA DI ATTICA, il 11/09/66, C.F. GRVVSL66P62Z115J
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico), DIRIGENTE MEDICO DI 1° LIVELLO PEDIATRIA LIBERO PROFESSIONALE
con decorrenza dal 25/06/18 al 24/12/18
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  - AZ. OSPED. BOLOGNINI DI SERIATE U.O. TIN - NEONATOLOGIA
  - AZ. H. ASOLA (ASST-MANTOVA) PEDIATRIA - NEONATOLOGIA
  - VISITE SPECIALISTICHE PEDIATRICHE PRIVATE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs: 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:
VIMERCATE 16/7/18

Firma
(per esteso e leggibile)

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a DR.SSA GRIVA VASSILIKI
nato/a a MANDRA D' ATTICA il 24/09/66 C.F. GRVVSL66P64Z115E
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LIBERO PROFESSIONISTA IN PEDIATRIA
con decorrenza dal 25/12/18 al PER SEI MESI EVENT. ESTENSIBILI A 12 MESI

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

LIBERO PROFESSIONISTA IN NEONATOLOGIA (A SERIATE) IN ASST-BERGAMO EST
" " ASST - MANTOVA (PRESIDIO DI ASOLA) IN PEDIATRIA - MD

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30/01/19 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [x] *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 30.01.19 *Firma del dipendente* _____

- [ ] *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a GROSSO CARLO

nato/a a SONDRIO il 21 [illegible] 1964 C.F. GRSCRL64S66 I829F

residente a [illegible] Via [illegible] Tel.

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO NELL'AMBITO DEL PROGRAMMA DI ATTIVITÀ DEL CENTRO DEL GIOCATORE DEL CENTRO DI [illegible] con decorrenza dal [illegible] al 30.06.2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [X] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/01/2020 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Vimercate

U.O.C. Risorse Umane

QD_ENT_201710_116118

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CHIARA GROSSO
nato/a a SONDRIO il 24.11.1966 C.F. GRSCHR66S64I829F
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO SERVIZIO DI PEDIATRIA DI VIMERCATE
con decorrenza dal 01.08.2019 al 31.07.2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

- di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

X di non svolgere attività professionale;

di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31.07.2019 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a CINZIA GRASSO
nato/a SARONNO, il 24 11 1964 C.F. GRSCNZ64S64I829F
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) INCARICO MEDICO LIBERO PROFESSIONALE SETTORE DIREZIONE DI FARMACIA
con decorrenza dal 01/09/18 al 31/08/19
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

X di non svolgere attività professionale;

di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs: 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data: VIMERCATE 18.06.2018

Firma (per esteso e leggibile) CINZIA GRASSO

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a GIULIO GROSSI
nato/a a SONDRIO il 24/11/1964 C.F. GRSGLI64S24I829R
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO PROGETTO GDP DECRETO N° 490 DEL 1/12/2020
con decorrenza dal 21.12.2020 31.12.2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

INCARICO LIBERA PROFESSIONE
INCARICO GDP E SOSTITUZIONE CMP ASST Vimercate

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 15/12/20 **IL DICHIARANTE** [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:
☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione allo svolgimento di attività professionali ai sensi dell'art. 15, c. 1, lett. c), del d.lgs. 33/2013	03/10/2017	01	Pagina 1 di 1

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CIRZIA GROSIRA
nato/a a Saronno il 24.11.1966 C.F. GRSCRZ66S64I629F
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO LIBERO PROFESSIONALE MEDICO U.O.S. ALCOLOGIA presso DIPARTIMENTO
con decorrenza dal 24.2.21 al 23.02.21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

☒ di non svolgere attività professionale;

☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 24.02.2021 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 24/02/2021 *Firma del dipendente* Marchesi Roberta

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a GUARNIERI ANNA nato/a a _____ il _____

_____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) LOGOPEDISTA on decorrenza dal 03/03/2022 al 31/12/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  LKOGOPEDISTA PRESSO L'ASSOCIAZIONE CULTURALE "DIMANDA" E LO STUDIO "ABILAB" E IL "CENTRO MEDICO CARUGATE"

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 21/02/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO GUARNIERI ANNA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a HIDA MIRANA

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

Infermiere vaccinatore L P

con decorrenza dal 12/07/2021 al 30/09/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

Infermiera LP presso ente privato (Diap Care)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 12/07/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 12/07/2021 ***Firma del dipendente*** _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a HUBER VERA
nato/a a BRESSANONE il 28/11/1966 C.F. HBRVRE66S58B160U
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGA - Incarico libero professionale
1 ora settimanale per 4 settimane con decorrenza dal 3/7/20 al 31/12/20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  Incarico libero professionale ASST OVEST MILANESE - legnano in qualità di Psicologa presso Area Materno Infantile Consultorio fornire dal 11/19 al 31/12/2020 4 ore settimanali

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  Attività professionale Studio Privato con sede in Vimercate in Via San Marco 9

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 17/6/2020 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a HUBER VERA

nato/a a _

residente a

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

Psicologo dirigente Professionista Sollecitazioni Mentali

con decorrenza dal 01/01/21 al 31/12/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

Incarico libero professionale ASST Ovest Milanese legnano in qualità di Psicologa Presso Area Materno Infantile consultorio familiare dal 1/1/19 ad oggi 16 ore settimanali

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

Attività Professionale Studio Privato Via San Martino 9 21100 Varese

- Cooperativa Nessorizzonti - Psicologa-Psicoterapeuta libero Professionale

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 29/12/2020 IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a COSTANZE HUSEN

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE CP

con decorrenza dal 15/07/2021 al 30/09/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 3/08/21 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

- [x] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE
E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI
AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ALESSIA IAUK
nato/a a MESSINA il O9/O7/1984 C.F. KIALSS84L49F158D
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di natura LIBERO PROFESSIONALE PER LE ATTIVITA' DI PSICOLOGO ai fini della realizzazione del progetto "Interventi territoriali in NPI: un modello per l'integrazione e la multidimensionalità nei bambini e adolescenti con disagio psicologico".

con decorrenza dal 14/07/22 al 31/12/22

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

□ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

□ di non svolgere attività professionale;

x di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE COME PSICOLOGO PRESSO STUDIO PRIVATO IN VIA STR. VICINALE MARIANO, SEREGNO (MB)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 13/07/22 **IL DICHIARANTE F.TO ALESSIA IAUK**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

X l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LAURA IRENE

nato/a a SARONNO il 15-10-86 C.F. LRRNRI86R55I246Q

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA

con decorrenza dal 1-03-19 al 29-02-2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

SAN GER MONZA come TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA

LIFE CURE // // // //

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 1-03-19

IL DICHIARANTE Irene Laura

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LARDA IRENE VITA
nato/a a SARONNO il 15-10-86 C.F. LRDRVT86R55I441Q
residente a [redacted],
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA
con decorrenza dal 15-03 al 18-02-13

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  - LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO SANDRA MONZA
  - LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO CITTÀ CURE MONZA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 18-09-2018 IL DICHIARANTE Irene Larda

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [x] *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 18.9.18 *Firma del dipendente* [signature]

- [ ] *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ILARIA IRENE

nato/a a SARONNO il 15-10-86 C.F. LRSRIA86R55I462Q

residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA

con decorrenza dal 1-03-18 al 28-02-2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

SYNLAB MONZA come TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA

LIFE CURE " " " "

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 1-03-18 IL DICHIARANTE Irene Ilaria

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Io sottoscritto/a LARA IRENE

nato/a a SALUNO il 15-10-1986 C.F. LRRRNI86R55I441Q

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

LIBERA PROFESSIONE

con decorrenza dal 12-05-20 al 11-05-2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

TECNICO DI NEUROFISIOLOGIA PRESSO SYNLAB E LIFE CURE

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 12-05-2020 IL DICHIARANTE Irene Lara

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

toscritto/a ILARDA ILENE VITA

a _

te a _

ione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA

orrenza dal 04-06-2022 al 03-06-2022

propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

E I – INCARICHI E CARICHE

di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

E II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

di non svolgere attività professionale;

di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

SYNLAB MONZA, SARIO LIFE

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;

di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;

di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

3-06-2022 **IL DICHIARANTE** Ilene Ilarda

te dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21).P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

toscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto

_____ ***Firma del dipendente*** _____

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ERIKA INNOCENTI
nato/a a BERGAMO il 12/04/84 C.F. NNCRKE84D52A794G
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
psicologo nell'ambito area Progetti Innovativi di Sviluppo Aziendale
con decorrenza dal 1/1/2018 al 31/12/2018

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
STUDIO PRIVATO sito in via XX Settembre, 81 Limbiate

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 4/01/2018 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene sottoscritta a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:
☒ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 4/1/2018 *Firma del dipendente* [signature]

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione allo svolgimento di attività professionali ai sensi dell'art. 15, c. 1, lett. c), del d.lgs. 33/2013	03/10/2017	01	Pagina 1 di 1

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ERIKA INNOCENTI
nato/a a BERGAMO il 12/01/85 C.F. NNCRKE85A52A794Q
residente a Vi i Tel.
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
CONSULENTE NEL PROGETTO REGIONALE "specificità e continuità dei percorsi di cura nella psicopatologia adolescenziale (GOSO)" con decorrenza dal 1/01/2020 al 31/12/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

STUDIO PRIVATO CON SEDE IN VIA XX SETTEMBRE 31 LISSONE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/12/2019 IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione allo svolgimento di attività professionali ai sensi dell'art. 15, c. 1, lett. c), del d.lgs. 33/2013	03/10/2017	01	Pagina 1 di 1

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ERIKA INNOCENTI
nato/a a BERGAMO il 12/04/86 C.F. NNCRKE86D52A794G
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
incarico libero professionale - psicologo per 45 settimane per 32 ore settimanali con decorrenza dal 1/1/2021 al 31/12/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

STUDIO PRIVATO INDIVIDUALE - sito in Via Torricelli, 25 Limbiate

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/12/2020 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MARCO 1077 HP
nato/a a [redacted] GAVARDO il 11/01/1992 C.F. ZZIMRC92P11D960N
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO LIBERO PROFESSIONALE CON ATTIVITA' DI MEDICO
con decorrenza dal 17/11/20 al 16/05/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;
☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 15/11/2020 IL DICHIARANTE [redacted]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Marco Lo Mis
nato/a a Gavardo (BS) il 11/01/1992 C.F. ZZIMRC92A11D960N
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
libero professionale di Medico
con decorrenza dal _____ al _____

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

- Medico di guardia presso Fondazione Don Gnocchi - Centro IRCCS Santa Maria Nascente
- Medico presso CAS - Comitato CRI Arcore Brianza
- Medico presso centro sanitario Collcot

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 24/03/18 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a ANGELA ITALIANO

nato/a a ROMA (RE) il 28.6.1980, C.F. TLN NGL 80H68 H501 S

residente a [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO MICROBIOLOGO

con decorrenza dal 01.01.17 al 31.12.2019

sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

MEDICO FISCALE INPS ROMA

MEDICO MICROBIOLOGO ASST ROMA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:
ERCOLANO 10/10/2017

Firma
(per esteso e leggibile)
Angela Italiano

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15. C. 1. LETT. C). DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ANGELO ITALIANO
nato/a a ROMA il 28.10.1960 C.F. TLNNGL60R28H501S
residente a] Via la
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO: MEDICINA NECROSCOPICA
con decorrenza dal al

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  MEDICO FISCALE INPS MONZA
  MEDICO NECROSCOPO ASST MONZA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/12/2018 **IL DICHIARANTE** Angelo Italiano

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☑ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15. C. 1. LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Kostsina Alesia
nato/a a Minsk (Bielorussia) il 14/01/1993 C.F. KSTLSH93A54Z139P
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
libero professionale per attivita' di Medico in ambito di emergenza Covid 19 con decorrenza dal 9/12/2020 al 08/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  docenza corso primo soccorso presso Fondazione Luigi Clerici

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 20/11/2020 IL DICHIARANTE Alesia Kostsina

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1. D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LA GRECA EMANUELA
nato/a a DESIO il 22/12/77 C.F. LGRMNL77T62D284Z
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

_____

_____ con decorrenza dal _____ al _____

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [X] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/12/19

IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 11 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

[ ] *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

[ ] *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Vimercate

U.O.C. Risorse Umane

QD_ENT_201710_116118

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LA GRECA EMANUELA
nato/a a [redacted] il 28/12/77 C.F. LGRMNL77T68D286Z
residente a [redacted] Via [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
Psicologo.
con decorrenza dal 01/01/19 al 31/12/19

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziari dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
Studio privato

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 14/01/2019 IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli artt. 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 14.01.2019 *Firma del dipendente*

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione allo svolgimento di attività professionali ai sensi dell'art. 15, c. 1, lett. c), del d.lgs. 33/2013	03/10/2017	01	Pagina 1 di 1

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ENAUDA LA GRECA

nato/a a DESIO il 28/12/1972 C.F. LGRMNL72T68D2262

residente a [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

PSICOLOGO PSICOTERAPEUTA NELL'AMBITO DEI PROGETTI MINORI DI SALUTE MENTALE con decorrenza dal 01/01/21 al 31/12/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

STUDIO PRIVATO. Già dal in DESIO

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data _____ IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LA GRECA EMANUELA nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) PSICOLOGO PROGETTO REGIONALE con decorrenza dal 01/01/2022 al 31/12/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ✓ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

  _____
  _____
  _____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 04/01/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO LA GRECA EMANUELA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CARUSO RAFFAELE
nato/a a Vibo Valentia il 25.1.78 C.F. CRSRFL78A25F537S
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
CP
con decorrenza dal 29.3.19 al 23.9.19

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio) SAN RAFFAELE - ISTITUTO CLINICO CHIRURGICO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 29.3.19 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a IAPELUCCI RAFFAELE
nato/a a VIBO VALENTIA (VV) il 25.9.78 C.F. LPLRFL78P25F537E
residente a [redacted] (Prov. [redacted]) in via [redacted] n. [redacted] c.a.p. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO 1P CARDIOLOGIA
con decorrenza dal 5.9.18 al 4.3.2019
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

MEDICO 1P CARDIOLOGIA PRESSO OSP-ICCS OSPEDALE SAN RAFFAELE - ISTITUTO CLINICO CLINA STUDI

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:
VIMERCATE 27.9.2018

Firma
(per esteso e leggibile)
[signature]

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CALCAGNI RAFFAELE
nato/a a VIBO VALENTIA il 25.9.78 C.F. CLCRFL78P25F537E
residente a [redacted] Via [redacted] Tel [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)*
SEDEGNO
con decorrenza dal 29.6.20 al 15.9.2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ✓ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

MSR

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

ICCS - CPP (ISTITUTO CLINICO CITTÀ STUDI)
CPP (CENTRO POLISPECIALISTICO PACINI)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 29.6.2020

IL DICHIARANTE Raffaele Calcagni

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CARLUCCI RAFFAELE
nato/a a VIBO VALENTIA il 25.9.78 C.F. CRLRFL78P25F537E
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
SEDEGNO
con decorrenza dal 29.6.20 al 15.9.2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ✓ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

MSR

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

ICCS - CPP (ISTITUTO CLINICO CITTÀ' STUDI)
CPP (CENTRO POLISPECIALISTICO PACINI)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 29.6.2020 **IL DICHIARANTE** Raffaele Carlucci

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a RAFFAELE CARVATI
nato/a a Vibo Valentia il 25.4.1971 C.F. CRV RFL 71D25F537E
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) Attività medico specialistica nella disciplina di cardiologia
con decorrenza dal 12.11.19 al

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☑ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
ospedale San RAFFAELE, Sch. tito clinico ai sensi

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
Centro poliambulatoriale Marini

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 11.11.2019 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☑ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LAMPERTI ILARIA nato/a a il
C.F.
residente a Via Tel.
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) con decorrenza dal 01/01/2022 al 31/12/2022
sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

EDUCATORE PRESSO ASSOCIAZIONE KAYROS ONLUS VIMODRONE (PART TIME)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30/12/2021 **IL DICHIARANTE** F.TO LAMPERTI ILARIA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data ***Firma del dipendente***

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LAMPERTI ILARIA
nato/a a _____
residente a _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
EDUCATORE - NPI
con decorrenza dal 1/1/2021 al 31/12/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

EDUCATORE PRESSO ASSOCIAZIONE KAIRÓS ONLUS DI VIMODRONE.

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 18/3/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 18/3/2021 *Firma del dipendente* _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LAURORA FRANCESCO

nato/a a RUVO DI PUGLIA (BA) Il 1 [illegible] C.F. LRN FNC 56R05 H096 W

residente in [illegible] Via [illegible]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO NECROSCOPO

con decorrenza dal _____ al _____

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

MEDICO PNEUMOLOGO PRESSO ASST VARESE (SARONNO)

MEDICO INPS MEDICINA FISCALE

MEDICO NECROSCOPO PRESSO ASST BRIANZA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 01/01/2020 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☑ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CANTÙ ANNAMARIA

nato/a a GUSSAGO il 24/12/79 C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO NELLA DISCIPLINA NEUROLOGIA - STRUTTURA

con decorrenza dal 15/9 al 30/4/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

STUDIO MEDICO

POLISPECIALISTICO SEREGNO

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30/4/2019 IL DICHIARANTE Annamaria Cantù

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CANNAVÒ ANNAMARIA

nato/a a GUSSAGO il 24/12/79 C.F. CNNNMR79T64E263F

residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

INCARICO DI MEDICO SPECIALISTA IN CHIRURGIA GENERALE

con decorrenza dal 14/5/2020 - 13/5/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

SANITÀ NONIA
PEDRUS CESANO MADERNO
ACCADEMICA MILANO.

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 14/5/2020

IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a ___

residente a _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

con decorrenza dal 14/5/2021 al 13/05/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

MEDICO
ITALSALUTE
ACEA MEDICA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 13/5/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 13/5/2021 ***Firma del dipendente*** _____

☑ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a FRANCESCO LAUREANI
nato/a a REGGIO CAL, il 05.08.1956, C.F. LRN FNC 56M05H224C
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO NECROSCOPO
con decorrenza dal 1.1.2017 al 31.12.2017
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

MEDICO ADDETTO A CONTROLLI FISCALI INPS VARESE
MEDICA GUARDIA MEDICA DISTRETTO DI SARONNO (ASST VALLE OLONA)
MEDICO NECROSCOPO ARCORE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data: CERNUSCO 10/10/2017

Firma
(per esteso e leggibile)
[signature]

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LAURENDI FRANCESCO nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) MEDICO NECROSCOPO con decorrenza dal 01/01/2022 al 31/12/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____

  _____

  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

  MEDICO ASSISTENZA PRIMARIA ASST VARESE (SARONNO)
  MEDICO INPS MEDICINA FISCALE
  MEDICO NECROSCOPO ASST MONZA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 01/01/2020 **IL DICHIARANTE** F.TO LAURENDI FRANCESCO

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LAVAGNA AMEDEO

nato/a a _

residente a

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

INCARICO LIBERO PROFESSIONALE MEDICO SPEC. ANESTESIA e RIANIMAZION

con decorrenza dal _____ al 31. 12. 2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

ANESTESISTA LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO

ISTITUTI CLINICI ZUCCHI

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 17.08.2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [X] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto* Elisa Porca UOC RIS. UMANE ASST

Data 18.08.2021 *Firma del dipendente* _____

- [ ] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LUISA LEDDA

nato/a a _____

residente a _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

LIBERO PROFESSIONISTA MEDICO VACCINATORE

con decorrenza dal 31/05/2021 al 10/09/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ■ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ■ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/05/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LENSI MARIA SAVERIA

nato/a a FOGGIA il 18.07.2020 C.F. LNSMSV94L58D643A

residente a [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

CONTRATTO LIBERA PROFESSIONE EMERGENZA COVID 19 PERSONALE MEDICO con decorrenza dal 9-12-20 al 8-6-21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

X di non svolgere attività professionale;

☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26.11.2020 IL DICHIARANTE Maria Saveria Lensi

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Brianza

U.O.C. Risorse Umane

QD_ENT_20170_116

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LAURA DI BASTIANI

nato/a a CALTANISSETTA (CL) il 04-04-1986 C.F. DBSLRA86D44B429W

residente a MAZZARINO (CL) Via ANZALONE N.44 Tel. 3393630688

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (indicare tipologia e denominazione dell'incarico) INCARICO LIBERO PROFESSIONALE PER TECNICO DI RIAB. PSICHIATRICA NELL'AMBITO DEL PROGETTO AUTER - DISTURBI SPETTRO AUTISTICO

con decorrenza dal 15-06-2022 al 03-12-2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / Titolo dell'incarico/carica, Denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☑ di non svolgere attività professionale,
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
  di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 18-05-2022 IL DICHIARANTE Laura Di Bastiani

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene trattata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

Firma e la dichiarazione sottoscritta vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione e allo svolgimento di attività professionali ai sensi dell'art. 15, comma 1, lett. c), del D.Lgs. n. 33/2013	16/02/2021	01	Pagina 1 di 1

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ALESSIA LO IACONO
nato/a a [redacted] il [redacted] C.F. [redacted]
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INFERMIERA LIBERA PROFESSIONISTA
con decorrenza dal _____ al _____

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

INFERMIERA LIBERA PROFESSIONISTA PRESSO SYNLAB ITALIA SRL - MONZA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 17/03/2020 IL DICHIARANTE Alessia Lo Iacono

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [x] *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 17/03/2020 *Firma del dipendente* Alessia Lo Iacono

- [x] *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LODINI ANNA

nato/a a [redacted] il [redacted] C.F. [redacted]

residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

_____

_____ con decorrenza dal _____ al _____

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

INFERMIERA PRESSO: - SYNLAB ITALIA SRL

- FONDAZIONE G. SCOLA ONLUS.

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 18/03/2020 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☑ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LONGONI ANNA
nato/a a DESIO il 08/06/80 C.F. LNGNNA80H46D286B
residente a [redacted] Via [redacted] 16
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inscrire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO SPECIALISTA IN GINECOLOGIA E OSTETRICIA
con decorrenza dal 10/05/19 al 31/07/19

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
STUDIO PRIVATO DOTT.SSA LOREDANA MORGIA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 10/05/2019 IL DICHIARANTE Anna Longoni

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LONGONI ANNA

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO nella DISCIPLINA di GINECOLOGIA e OSTETRICIA

con decorrenza dal 01/08/2021 al 31/07/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

VISITE ed ECOGRAFIE OSTETRICHE e GINECOLOGICHE c/o STUDI PRIVATI e ABF ERBA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 04/08/2021 **IL DICHIARANTE** Anna Longoni

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

- [X] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LONGONI ANNA nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) MEDICO NELLA DISCIPLINA DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA con decorrenza dal 01/08/2021 al 31/07/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____

  _____

  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

  VISITE ED ECOGRAFIE OSTETRICHE E GINECOLOGICHE C/O STUDI PRIVATI E FBF ERBA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 04/08/2021 **IL DICHIARANTE** F.TO LONGONI ANNA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MARCO LONGONI
nato/a a CARATE BRIANZA il 07/09/72 C.F. LNGMRC72P07B712P(V)
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITÀ DELL'ETÀ EVOLUTIVA
con decorrenza dal 16/07/19 al 15/07/20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [X] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 15/07/2019 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Vimercate

U.O.C. Risorse Umane

QD_ENT_201710_116118

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a MATTEO LONGONI
nato/a a CARATE il 03/04/1992 C.F. LNGMTT92D03B721SN
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITÀ DELL'ETÀ EVOLUTIVA
con decorrenza dal 16/03/2017 al 15/03/2018
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [X] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data: USMATE 5/10/17

Firma
(per esteso e leggibile)
Matteo Longoni

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LORIO KAREN SERENA
nato/a a MILANO il 16/01/1978 C.F. LRORNS78D56F205Z
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LOGOPEDISTA
con decorrenza dal 01/01/19 al 31/12/19

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  LOGOPEDISTA LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO STUDIO EQUIPE KAIROS A CARUGATE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 7/1/2019 IL DICHIARANTE Karen Lorio

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 7/1/2019 *Firma del dipendente* [signature]

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LORIO KAREN SERENA
nato/a a MILANO (MI) il 16/04/1998 C.F. LRKNSR98D56F205Z
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LOGOPEDISTA LIBERO-PROFESSIONISTA PROGETTI INNOVATIVI DI SALUTE MENTALE con decorrenza dal 01/01/21 al 31/12/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
LOGOPEDISTA LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO EQUIPE KAIROS, via del GINESTRINO 14/C, CARUGATE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/12/2020 **IL DICHIARANTE** Karen Lorio

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:
☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LORIO KAREN SERENA nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) INCARICO LIOBERO PROFESSIONALE - LOGOPEDISTA con decorrenza dal 01/01/2022 al 31/12/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____

  _____

  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

  LOGOPEDISTA LIBERO PROFESSIONALE PRESSO EQUIPE KAIROS E UBRIS SRL

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/12/2021 **IL DICHIARANTE** F.TO LORIO KAREN SERENA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LUCCHINI BARBARA
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico):
PSICOLOGO PROGETTI INNOVATIVI DI SALUTE MENTALE
con decorrenza dal 01.01.2022 AL 31.12.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

□di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

□ di non svolgere attività professionale;

☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione)

- STUDIO PRIVATO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31.12.2021 **IL DICHIARANTE F.TO BARBARA LUCCHINI**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Vimercate

U.O.C. Risorse Umane

QD_ENT_201710_116118

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BARBARA LUCCHINI

nato/a a CESANO MADERNO (MI) il 27.08.1984 C.F. LCCBBR84M63C003P

[redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

PSICOLOGO PER PROGETTO "NUOVA RETE DELLA SALUTE MENTALE PER I RICHIEDENTI ASILO IN ATS BRIANZA" con decorrenza dal _____ al 30.6.2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

PSICOLOGA IN LIBERA PROFESSIONE PRESSO PROPRIO STUDIO

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 27.6.2019 IL DICHIARANTE Barbara Lucchini

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

X *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LUCCHINI GRAZIELLA
nato/a a MONZA il 05.03.1964 C.F. LCCGZL64M45F704G
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGO NELLA DISCIPLINA DI PSICOTERAPIA
con decorrenza dal 01.01.2019 31.12.2019

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [X] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
PSICOTERAPEUTA LIBERA PROFESSIONISTA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 04.01.2019 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 4/1/19 *Firma del dipendente* [signature]

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Vimercate

U.O.C. Risorse Umane

QD_ENT_201710_116118

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LUCCHINI CHIARELLA

nato/a a MONZA il 05.08.1964 C.F. LCC CRL 64M45F704Q

residente a _____ Via _____ T

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) PSICOLOGO NELLA DISCIPLINA DI PSICOTERAPIA NELL'AMBITO DEI PROGRAMMI RIABILITATIVI DI SALUTE MENTALE con decorrenza dal 01.07.2020 al 31.12.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

PSICOTERAPEUTA PRESSO STUDIO METAFORA VIA MERCADANTE 8 MILANO E STUDIO PRIVATO MONZA VIA CAMPERIO 8

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 20.12.2019 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione allo svolgimento di attività professionali ai sensi dell'art. 15, c. 1, let. c), del d.lgs. 33/2013	03/10/2017	01	Pagina 1 di 1

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LUCCHINI GRAZIELLA
nato/a a MONZA il 05.08.1964 C.F. LCCGZL64M45F704G
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGO SPECIALIZZATO IN PSICOTERAPIA e IN PSICOLOGIA CLINICA NELL'AMBITO DEI PROGETTI INNOVATIVI DI SALUTE MENTALE con decorrenza dal 01.01.2021 al 31.12.2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  PSICOTERAPEUTA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31.12.2020 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LUCCHINI GRAZIELLA
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico):
PSICOLOGO SPECIALISTA NELLA DISCIPLINA DI PSICOLOGIA CLINICA O PSICOTERAPIA
con decorrenza dal 01.01.2022 AL 31.12.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

□di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

□ di non svolgere attività professionale;

☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione)

- PSICOTERAPEUTA PRESSO I MIEI STUDI PRIVATI

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 07.01.2022 **IL DICHIARANTE F.TO GRAZIELLA LUCCHINI**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LUNGHI GIADA nato/a a il

C.F.

residente a Via Tel.

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA – INCARICO LIBERO PROFESSIONALE con decorrenza dal 01/01/2022 al 31/12/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

  TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA PRESSO ENTI PRIVATI

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 02/01/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO LUNGHI GIADA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data ***Firma del dipendente***

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a M'ZIAN LAILA nato/a a _____ il _____
_____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) _____ con decorrenza dal 16/08/2021 al 30/09/2021
sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  INFERMIERA FATEBENEFRATELLI DI CERNUSCO SUL NAVIGLIO A TEMPO INDETERMINATO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 16/08/20201 **IL DICHIARANTE** F.TO M'ZIAN LAILA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

□ l*'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MAFFUCCI ANTONIO
nato/a a AVELLINO il 03-10-1975 C.F. MFFNTN75R03A509O
residente a [redacted] Via [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
DIRIGENTE MEDICO
con decorrenza dal 27-09-2019 al 29-02-2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- di non svolgere attività professionale;
- di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  DENTIDOC SRL
  ODOS SERVICE SRL

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposito sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 20-09-19 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a ANTONIO MAFFUCI
nato/a a AVELLINO, il 08-10-1975 C.F. MFFNTN75R08A509D
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
IGIENISTA DENTALE
con decorrenza dal 04-09-17 al 03-08-19
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

- di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio,
SERVIZI DENT (IGIENISTA DENTALE)
H DENTAL (IGIENISTA DENTALE)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data: 20-12-17 CARATE BRIANZA

Firma (per esteso e leggibile)

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MAFFUCCI ANTONIO nato/a a il

C.F.

residente a Via Tel.

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) IGIENISTA DENTALE con decorrenza dal 09/03/2021 al 08/03/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  DOTT. GESIMI, HDENTAL, SMILE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 09/03/2021 **IL DICHIARANTE** F.TO MAFFUCCI ANTONIO

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data ***Firma del dipendente***

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Magistrini Daniele

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

Medico vaccinatore LP

con decorrenza dal 11/05/21 al 30/6/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 11/05/2021 **IL DICHIARANTE** Daniele Magistrini

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MASOBO BOLYCARPE
nato/a a _____ il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO VACCINATORE LP
con decorrenza dal 14/07/2021 al 30/09/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

Medico CA ATS Milano
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 14/07/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 14/07/2021 *Firma del dipendente* _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MANNI MATTEO MARIA
nato/a a MILANO il 06/07/1992 C.F. MNNMTT92L06F205G
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INFERMIERE - PRONTO SOCCORSO
con decorrenza dal 28/07/ al 27/09/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

INFERMIERE LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO ASST MVD, HCM COOP

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

INFERMIERE LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO HCM COOP

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 22/03/20 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Sebastiano Manno
nato/a a _____
residente a _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
Tecnico sanitario di laboratorio biomedico per l'attuazione piano somministrazione vaccini
con decorrenza dal 01/04/2021 al 31/05/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

Coltivatore diretto
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/05/2021 **IL DICHIARANTE** Sebastiano Manno

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ERICA MANICA

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE

con decorrenza dal 21/5/21 al 30/6/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 4/6/21 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 4/6/21 ***Firma del dipendente*** _____

- [ ] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MAPELLI ROBERTA
nato/a a UBOLDO il 01/12/1987 C.F. MPLRRT87T57E507J
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
DI NATURA LIBERO PROFESSIONALE PER LE ATTIVITA' DI TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA con decorrenza dal 12/2/'19 al 31/12/'19

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

INCARICO LIBERO PROFESSIONALE, INPER, ASST RHODENSE, DAL 01/01/2019 AL 30/04/2019 21 €/ora lordi omnicomprensivi

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA, COLLABORAZIONE CON "DEDA EVOLUTIVA" STUDIO DI PSICOLOGIA E PSICOTERAPIA CON SEDE A VIMERCATE, VIA DOTA, 10.

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 08/02/'19 IL DICHIARANTE Roberta Mapelli

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 08/02/'19 *Firma del dipendente* [signature]

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ROBERTA MARCELLI
nato/a a LECCO il [illegible] C.F. MRCRRT87T52E507J
residente a [illegible] Via [illegible] Tel.
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
ATTIVITA' DI TERAPISTA DELLA NEURO P.E.C. NELL'AMBITO DEI PROGETTI INNOVATIVI
con decorrenza dal 01.01.2020 al 31.12.2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  CONTRATTO LIBERO PROFESSIONALE DI TNPEE C/O ASST RHODENSE (ENTE DI LINBIATE)
  DAL 23.03.2018 A TEMPO DEFINITO. 21 E /ORA' LORDO' omnicomprensivi

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  LAVORO IN UNO STUDIO COME TNPEE . SITO IN VIMERCATE VIA ROMA, 10

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31.12.'19 IL DICHIARANTE Roberta Marcelli

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:
☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MAPELLI SARA

nato/a a __

residente a _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

INCARICO LIBERO PROFESSIONALE PER LA ATTIVITA' DI LOGOPEDISTA

con decorrenza dal _____ al _____

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

COOPERATIVA LA MERIDIANA / CENTRO POLISPECIALISTICO COLIBRI' / CENTRO POLISPECIALISTICO PER IL BAMBINO, L'ADOLESCENTE L'ADULTO E LA FAMIGLIA / STUDIO PROFESSIONALE - PSICOLOGIA E NEUROPSICOMOTRICITA' PER L'ETA' EVOLUTIVA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 29/07/21 **IL DICHIARANTE** Mapelli Sara

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

- [X] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ALICE MARCHEGIANI

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE LP

con decorrenza dal 21.5.2021 al 30.06.2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

MEDICO USCA MONZA

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 21.05.2021 **IL DICHIARANTE** A Marchegiani

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 21/05/2021 *Firma del dipendente* _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Vimercate

U.O.C. Risorse Umane

QD_ENT_201710_116118

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a Francesco Mariani
nato/a a Monza il 20/03/1992 C.F. MRNFNC92C20F704O
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
Dirigente medico libero professionista presso UOSD Cure Subacute
con decorrenza dal 02/05/2018 al 01/05/2019
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

Medico di guardia libero professionista presso Polo Geriatrico Riabilitativo di Cinisello Balsamo;
Medico consulente libero professionista presso Ricovero F. Uboldi di Paderno Dugnano

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:

Firma
(per esteso e leggibile)

Lissone, 18/09/2018

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MASSIMILIANO MARIANI

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE C.P.

con decorrenza dal 21.5.2021 al 30.6.2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [X] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 21.5.21 IL DICHIARANTE Massimiliano Mariani

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 21/05/2021 *Firma del dipendente* _____

- [ ] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MARIANI SILVIA
nato/a a GIUSSANO il 25/6/76 C.F. MRN SLV 76H65 E051
residente a [redacted] Via [redacted] Tel [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO NELLA DISCIPLINA DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA
con decorrenza dal 1/5/19 al 30/04/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

POLISPECIALISTICA ARS MEDICA DI CUSANO CASTELLI
(PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME DI LIBERA PROFESSIONE).

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30/04/2019 IL DICHIARANTE Silvia Mariani

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:
☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MARIANI SILVIA
nato/a a GIUSSANO il 25/06/76 C.F. MRNSLV76H65E063T
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
DELIBERA N° 290 del 17.04.2020 INCARICO LIBERO PROFESSIONALE AMBULATORIO OSTETRICIA GINECOLOGIA con decorrenza dal 11/5/2020 al 10/5/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

ATTIVITA' LIBERA PROFESSIONALE VISITE AMBULATORIALI PRESSO
- CENTRO POLISPECIALISTICO ARS MEDICA
- CENTRO PHYSIODENT PIAZZA DI GIUSSANO.

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 11/05/2020 IL DICHIARANTE Silvia Mariani

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

U.O.C. Risorse Umane

DD_ENT_201710_118

ASST Brianza

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MARIANI SILVIA

nato/a a GIUSSANO il 25/6/76 C.F. MRN SLV 76H65 E038T

residente a BIASSONO Via MARCHI 56 Tel. 338 8412425

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

INCARICO LIBERO PROFESSIONALE - 15 ORE - MEDICO OCULISTA presso POLIAMBULATORIO DELL'ASST

con decorrenza dal 04/06/2022 al 31/05/23 n° 375 del 6/5/22

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione,
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE A TITOLO PRIVATO PRESSO

- STUDIO BIASSONO - VIA CESANA e VIALE ZARA

- STUDIO MARIANI - VIA SOLFERINO 56 MEDA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa,
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 6/6/2022 IL DICHIARANTE Silvia Mariani

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione allo svolgimento di attività professionali ai sensi dell'art. 15, comma 1, lett. c), del D.Lgs. n. 33/2013	16/02/2021	01	Pagina 1 di 1

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MARIANI SILVIA

nat*o*/a a M

residente a

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA

con decorrenza dal 13/03/2021 al 31/12/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

TNPEE PRESSO CENTRO MEDICO SANTAGOSTINO

TNPEE PRESSO CENTRO GRANCHIO ARCOBALENO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 29/03/2021 **IL DICHIARANTE** Silvia Mariani

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MARINELLI ANTONELLA
nato/a a GHOFAGLIE Il 05/06/94 C.F. MRNNNL94H45E205X
residente _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO LIBERO PROFESSIONALE PER LE ATTIVITA' DI INFERMIERE
con decorrenza dal MESE APRILE. al MESE GIUGNO 19/07/21
10/4/21
sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [X] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 7/04/21 **IL DICHIARANTE** Antonella Marinelli

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

- [X] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a MARINETTI ELISABETTA
nato/a a MILANO, il 15.12.73 C.F. MRNLBT73T55F205V
residente a [redacted] in Via [redacted] n. [redacted] c.a.p. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO LIB. PROF. OSTETRICIA - GINECOLOGIA
con decorrenza dal 1.8.17 al 31.7.19
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

- ATTIVITÀ LIBERO PROFESS. H VALDUCE COLED, FC VEDUCCO CAB EMBA / BERNAREGGIO / BESANA CENTRO UNIRED (NEUROLOGO) CENTRO MEDICINA SPORTIVA CARATE'

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data: OSNAGO, 19.10.17

Firma
(per esteso e leggibile)
[signature]

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MARINI PIERLUIGI
nato/a a SOLTO COLLINA BG il 28 5 52 C.F. MRNPLG52M05I812V
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
CO.CO.CO
con decorrenza dal 6/7/21 al 5/10/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 2/7/21 **IL DICHIARANTE** Marini

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a VALENTINA MARIOTTI
nato/a a MILANO il 23 05 73 C.F. MRTVNT73E63F205A
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) CONTRATTO LIBERO PROFESSIONALE CHIR. GINECOLOGO - CONSULENZA
con decorrenza dal 6 5 13 al 5 5 2019
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  - CONTRATTO LIBERO PROFESSIONALE CHIR. GINECOLOGO c/o ASST (ATTIVITA' ASSISTENZIALE)
  - LIBERA PROFESSIONE c/o AUTONOMIA PRIVATA CAB.

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data: VIMERCATE 10/10/2018

Firma (per esteso e leggibile) Valentina Mariotti

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

(l/la sottoscritto/a MANOTTI VALENTINA)
nato/a a MILANO il 23-05-78 C.F. MNTVLN78E63F205X
residente a [redacted] Via [redacted] Tel [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO LIBERO PROFESSIONALE PER MEDICO NELLA DISCIPLINA DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA con decorrenza dal 6/05/18 al 5/05/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

INCARICO LIBERO PROFESSIONALE PER ATTIVITÀ c/o CONSULTORIO DI VIMERCATE E CONVENZIONATO CON ASST VIMERCATE

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

STUDIO MEDICO INTORNO A LEI

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 6/05/18 IL DICHIARANTE Valentina Manotti

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a VALENTINA MANOTTI
nato/a a MILANO il 23 05 78 C.F. MNTVNT78E63F205J

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO LIBERO PROFESSIONALE per L'ATTIVITÀ di MEDICO nella DISCIPLINA di GINECOLOGIA e OSTETRICIA con decorrenza dal 1-08-18 al 31-07-2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ✓ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

INCARICO LIBERO PROFESSIONALE COME MEDICO GINECOLOGO NEL SERVIZIO DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA DELLO ASST di VIMERCATE IN VIGORE DAL 6/05/2019 AL 5/05/2020

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ✓ di non svolgere attività professionale;
- di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE DI MEDICO GINECOLOGO PRESSO STUDIO PRIVATO INTERNO ALL'

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31·07·18

IL DICHIARANTE Valentina Manotti

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 1 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:
1 La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto

ata _____ *Firma del dipendente* _____

L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e tro)

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a STEFANIA MAROTTA

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

INFERMIERE VACCINATORE COVID

con decorrenza dal 3/06/21 al 15/07/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 3/06/21 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 3/06/2021 *Firma del dipendente* _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ALICE MARRADI nato/a a _____ il _____

_____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) MEDICO VACCINATORE con decorrenza dal 7/02/2022 al 31/03/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ✓ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

  _____
  _____
  _____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 07/02/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO ALICE MARRADI

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a MARTI FEDERICO MARIA
nato/a a CARATE BRIANZA (MB) il 14/05/1985 C.F. MRTFRC85E14B729B
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO OCULISTA LIBERO PROFESSIONISTA
con decorrenza dal 21/05/18 al 29/9/19
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  LIB Prof. MEDICO OCULISTA c/o HUMANITAS GAVAZZENI (BG)
  POLICLINICO DI MONZA (MB)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs: 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data: VIMERCATE, 27/05/2018

Firma
(per esteso e leggibile)
Federico Maria Marti

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ANDREA MARZORATI

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

LIBERO PROFESSIONISTA PER ATTIVITA' VACCINALE

con decorrenza dal 23/04/2021 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 23/04/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MATTEO NAPOLITO

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

INFERMIERE PER ATTIVITA' VACCINALE L.P.

con decorrenza dal 29/4/2021 al 31/7/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

L.P. PRESSO SERVIZIO ADI CURE DOMICILIARI

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 29/4/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 29/04/2021 *Firma del dipendente* _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Piero Masc. Benedetti
nato/a a Roma il 08 04 1958 C.F. MSS PRI 58D03H501E
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

con decorrenza dal 10/12/19 al 10/12/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☑ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

Provincia Lombarda Unità Ente Privato consulenza ML in materia CTO Niguarda ASST consulenza ML 1/5/2014 30/4/2020

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

Libera professione in studio Privato

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 10/12/2019 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MASSIMO ANTONIO

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

INFERMIERE VACCINATORE CO. CO. CO.

con decorrenza dal 04/06/2021 al 31/7/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☒ di non svolgere attività professionale;

☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 04/06/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 04/06/2021 *Firma del dipendente* _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MASUCCO CLAUDIA
nato/a a
residente a
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
OPERATORE SOCIO SANITARIO
con decorrenza dal 28.12.20 al 27.06.2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

X di non svolgere attività professionale;

☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 22.12.2020 IL DICHIARANTE Masucco Claudia

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 22.12.2020 *Firma del dipendente* Masucco Claudia

X *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MAURI MATTEO

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE L.P

con decorrenza dal 27/04/2021 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☑ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 28/04/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 28/04/2021 *Firma del dipendente* _____

☑ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MAURO MARZIA

nato/a a _____

residente a _____

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

PSICOLOGA PSICOTERAPEUTA

con decorrenza dal 03/02/21 al 31/12/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

LIBERA PROFESSIONE C/O STUDIO PRIVATO

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 29/01/21 **IL DICHIARANTE** Mauro Marzia

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Angelica Maria Mazzocchi
nato/a a Monza il 30/06/1994 C.F.MZZNLC94H70F704K
residente a Milano Via G. Fiamma n. 9 Tel. 3339592165
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
incarico di natura libero-professionale per Progetto GAP – NOA di Vimercate
con decorrenza dal 06/06/2022 al 31/12/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  - Medico Vaccinatore presso ASST Monza e Brianza (Vimercate)
  - Video-consulenze di Medicina Generale per EpiCura

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 06/06/2022 **IL DICHIARANTE F.TO Angelica Maria Mazzocchi**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a PAOLO MAZZOCCHI

nato/a a CREMONA (CR) il 12/1°/1978 C.F. MZZPLA78E12D150J

residente a _____ Via _____

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

OCULISTA MEDICO DELLA DISCIPLINA DI OFTALMOLOGIA

con decorrenza dal 13/12/2020 al 12/12/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

COB Bergamo Via Coghetti 3

OPTICUME Curno (BG) Via Francesco Nanni 1/D

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 16/12/2019

IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MELIANTE MARIA

nato/a a AGRIGENTO il 21.05.1985 C.F. [redacted]

residente a [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

PSICOLOGA-PSICOTERAPEUTA NELL'AMBITO DI PROGETTI INNOVATIVI DELLA SALUTE MENTALE

con decorrenza dal 15.09.2020 al 31.12.2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

PSICOLOGA-PSICOTERAPEUTA CONSULENTE LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO ASST GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO NIGUARDA

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

"ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE COME PSICOLOGA-PSICOTERAPEUTA C/O STUDIO PRIVATO SITUATO IN VIA VITAR ASWI 13 MILANO d/o "IL CENTRO"

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 28.08.2020 IL DICHIARANTE Maria Meliante

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MARIA TERESA
nato/a a PETRALIA il 21-05-1985 C.F. MLNMRA85E61G942O
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LIBERO PROFESSIONALE c/o unità operativa di PSICHIATRIA nell'ambito del progetto innovativo TRIS
con decorrenza dal 1-01-2021 al 31-12-2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [ ] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [x] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

ASST CON NEUROPSICHIATRIA INFANTILE LIBERO PROFESSIONALE NELL'AMBITO DEL PROGETTO INNOVATIVO TRIS

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

C/O STUDIO "IL CENTRO" SITUATO IN VIA VITTOR PISANI 13 MILANO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data _____ IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MELIANTE MARIA nato/a a _____ il _____

_____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) LIBERO PROFESSIONALE COME PSICOLOGA-PSICOTERAPEUTA NELL'AMBITO DEI PROGETTI INNOVATIVI REGIONALI con decorrenza dal 01/01/2022 al 31/12/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ✓ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  C/O ASST GTANDE OSPEDALE METROPOLITANO NIGUARDA ATTIVITA' COME PSICOLOGA-PSICOTERAPEUTA NELL'AMBITO DEI PROGETTI INNOVATIVI REGIONALI SALUTE MENTALE DAL 01/09/2014 ANCORA IN CORSO

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  C/O STUDIO PRIVATO "IL CENTRO" ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE COME PSICOLOGA PSICOTERAPEUTA DAL 01/09/2014 ANCORA IN CORSO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 02/01/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO MELIANTE MARIA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Vimercate

U.O.C. Risorse Umane

QD_ENT_20196_411

Dichiarazione ai sensi dell'art. 15, comma 1, lett. c) del D.Lgs. n. 33/2013

Il/La sottoscritto/a VIRGINIO MEREGALLI matr. C50068

nato/a a USMATE VELATE (MB) il 27 / 2 / 1968

domiciliato per la carica a VIMERCATE (ASST VIMERCATE) (MB)

in via S.S COSMA e DAMIANO N10 in servizio presso

U.O. Ottalmia Giussano CARATE Brz in qualità di Collaboratore a titolo gratuito

(Unità Operativa, ubicazione) (Dirigente, Medico, Direttore, Consulente)

consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445, con riferimento alla propria posizione e all'incarico professionale di:

COLLABORATORE A TITOLO GRATUITO

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000

☒ di NON svolgere incarichi o di NON essere titolare di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione o di NON svolgere attività professionali;

☐ di svolgere incarichi o di essere titolare di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione o di svolgere attività professionali, come di seguito elencato:

Attività Privata Professionale presso proprio studio

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 27/2/2020

IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

FIRMA DEL DIPENDENTE

Data _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Dichiarazione ai sensi dell'art. 15, comma 1, lett. c) del D.Lgs. n. 33/2013	27/06/2019	01	Pagina 1 di 1

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a ROBERTA MERLONI
nato/a a MILANO, il 25.02.1971 C.F. MRLRRT71B65F205N
residente a [redacted] in Via [redacted] n. 52 c.a.p. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO DI LIBERA PROFESSIONE
con decorrenza dal _____ al _____
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

di non svolgere attività professionale;
X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
LIBERA PROFESSIONE incarico su Contratto ospedaliero

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:

Vimercate

Firma
(per esteso e leggibile)

Roberta Merloni

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a ROBERTA HERRONI
nato/a a MILANO, il 25.02.1971, C.F. HRLRRT71B65F205N
residente a [redacted] in via [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) CONTRATTO DI LIBERA PROFESSIONE IN CURE PALLIATIVE
con decorrenza dal 1.7.2018 al 30.06.2019
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:

Vimercate, 10.10.2018

Firma
(per esteso e leggibile)
Roberta Herroni

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MEROLLA STEFANO
nato/a a MILANO
residente a
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) INCARICO LIBERO PROFESSIONALE di PSICOLOGO DEL SERVIZIO DI NEUROPSICOLOGIA CLINICA DELL'UOC DI NEUROLOGIA DEL PRESIDIO DI DESIO.
con decorrenza dal 19-04-2021 al 18-04-2022.

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

PSICOLOGO NEUROPSICOLOGO LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO IL SERVIZIO DI NEURORIABILITAZIONE COGNITIVA DEGLI ISTITUTI CLINICI ZUCCHI DI DESIO E CARATE (STRUTTURA PRIVATA ACCREDITATA)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 16-04-21. IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MONICO LUCA
nato/a a _____ il 8/1/1985 C.F. MNCLCU85L08L565L
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
ASSUNTO DI MEDICO INCARICATO ALLE FUNZIONI DI NEUROLOGIA
con decorrenza dal 1/1/20 al 31/12/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE DI MEDICINA GENERALE PRESSO REPARTI DI SUB-ACUTI PRESSO L'OSPEDALE DI GIUSSANO

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/1/2020

IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MODENESE
nato/a a [redacted] il 8/1/1975 C.F. MDNLCV85L07L565L
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

con decorrenza dal 30/4/2013 al 29/4/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [ ] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [x] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

INCARICO PER L'ATTIVITÀ DI MEDICO INCARICATO DELL'ATTIVITÀ DI ACCERTAMENTO DI MEDICINA NECROSCOPICA PRESSO ASST DI VIMERCATE

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30/4/2013 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a MODENESE LUCA
nato/a a VALDOBBIADENE (TV) il 3/7/1985 C.F. MDN LCU 85L03L565L
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO LIBERO PROFESSIONALE PER L'U.O.C. CURE SUB. ACUTE
con decorrenza dal 30/4/18 al 29/6/18
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [X] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:

VIMERCATE 26/6/18

Firma
(per esteso e leggibile)

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a MODENESE LUCA
nato/a a VALDOBBIADENE, il 21/7/85, C.F. MDN LCU 85L 21 L565L
residente a [redacted] in via [redacted] n. [redacted] c.a.p. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO INCARICATO ALLO SVOLGIMENTO DEGLI AVVICENDAMENTI DI MEDICINA NECROSCOPICA con decorrenza dal 31/1/18 al 31/12/2018
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE DI MEDICO PRESSO IL REPARTO DI CURE SUBACUTE DELL'OSPEDALE DI GIUSSANO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:

VIMERCATE 7/12/2018

Firma
(per esteso e leggibile)

Luca Modenese

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

Socio Sanitario

Regione Lombardia

U.O.C. Risorse Umane

QD_ENT_201710_118

Brianza

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Iscritto/a MORESCHI LUCA

VALDOBBIADENE il 08/07/1955 C.F. MRSLCU55L08L565L

e a MILANO Via ORTICA, 11 Tel. 3472166913

ione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

_____

rrenza dal _____ al _____

ropria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 el caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

I – INCARICHI E CARICHE

di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

INCARICO LIBERO PROFESSIONALE PER CONTO DI ASST-BRIANZA PSR 20

SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ DI MEDICINA NECROSCOPICA

_____

II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

di non svolgere attività professionale;

di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;

di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;

di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

14/2021 **IL DICHIARANTE** _____

dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

scrizione viene apposta davanti al dipendente addetto

_____ ***Firma del dipendente*** _____

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MORENESE LUCA
nato/a a VALDOBBIADENE il 3/2/1985 C.F. MRNLCU85L03L565L
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO DA ASSEGNARE ALLA U.O.S.D. CURE SUBACUTE
con decorrenza dal 30/4/20 al 29/4/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  SOSTITUZIONE DI MMG PER CONTO DI ATS BRIANZA
  DAL 1/4/20 AL 31/5/20

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 28/4/20 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ANDREA NODIGNANI

nato/a a MILANO il 12-12-1981 C.F. NDGNDR81T12F205I

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

_____

con decorrenza dal _____ al _____

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

ASST CONSULENTE PSICOLOGO LIBERO PROFESSIONISTA.

PRESSO ASST FBF-SACCO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/12/2019 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LODIGIANI ANDREA

nato/a a MILANO il 17-12-1971 C.F. LDGNDR71T17F205S

residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

CONSULENZA TECNOLOGO

con decorrenza dal 01/01/18 al 31/12/18

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

CONSULENZA TECNOLOGO-PSICOTERAPEUTA PRESSO COMUNITÀ MONTANA DELLA VALTELLINA - MORBEGNO DAL 11-1-13 AL 20-12-18

78 h ORE A 50 ORE PER 28,00 €

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 3-1-19 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 3/1/19 *Firma del dipendente* [signature]

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MODIGNANI ANDREA nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) CONSULENTE PSICOLOGO NELL'AMBITO DEI PROGETTI INNOVATIVI DI SALUTE MENTALE con decorrenza dal 01/01/2021 al 31/12/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____

  _____

  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

  STUDIO PROFESSIONALE – LIBERO PROFESSIONISTA PSICOLOGO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 04/01/2021 **IL DICHIARANTE** F.TO MODIGNANI ANDREA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a MOHAMMADI AFSHIN
nato/a a TEHERAN (IRAN) il 31/12/1966 C.F. MHMFHN66T31Z224B
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO LIBERO PROFESSIONE MEDICINA NECROSCOPICA
con decorrenza dal 01/01/2017 al 31/12/2019

sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettere c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [X] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data: VEDANO AL LAMBRO 18/10/2017

Firma
(per esteso e leggibile)

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MOHAMMADI AFSHIN
nato/a a TEHERAN (IRAN) il 31/12/1966 C.F. MHMFHN66T31Z224B
residente a V Te
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO DI MEDICINA NECROSCOPICA
con decorrenza dal 01/1/2010 al 31/12/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

MEDICO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE (MCA) SOSTITUZIONE NON TITOLARE ATS BRIANZA

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

☒ di non svolgere attività professionale;

☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 04/01/2020 IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ALESSANDRO MOIOLI
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico):
INCARICO LIBERO PROFESSIONALE PER L'ATTIVITA' DI GEOLOGO
con decorrenza dal 04.06.2021 AL 31.12.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

□di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☑ di non svolgere attività professionale;

□ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione)

-

- ☑ DIPENDENTE DI AZIENDA PRIVATA "FONDAZIONE AMBROSIANA CULTURA ED EDUCAZIONE CATTOLICA COME INSEGNATE SCUOLA II DI II GRADO.

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 04.06.2021 **IL DICHIARANTE F.TO ALESSANDRO MOIOLI**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MOLENT CARLO

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE C.P.

con decorrenza dal 03/05/2021 al 31/07/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO PROPRIO STUDIO

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30/04/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

- [X] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

L/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
_____
con decorrenza dal _____ al _____

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati e finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale,
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

  _____
  _____
  _____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs n. 33/2013, la presente dichiarazione verrà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data _____ IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, essendo resa ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene sottoscritta a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MONTALBANO LEDA nato/a a _____ il _____

_____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) MEDICO VACCINATORE LP con decorrenza dal 4/06/2021 al 31/07/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ✓ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

  _____
  _____
  _____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 04/06/2021 **IL DICHIARANTE** F.TO MONTALBANO LEDA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MONTI ILARIA
nato/a a MONZA il 21/05/81 C.F. MNTLRI81E61F704J
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGA NELLA DISCIPLINA DI PSICOTERAPIA CON INCARICO DI PRESTAZIONE DI COLLABORAZIONE PROFESSIONALE IN REGIME DI LAVORO AUTON. con decorrenza dal 12/05/19 al 11/05/22

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

PSICOLOGA E PSICOTERAPEUTA LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO IL CENTRO DAD POLIDIAGNOSTICO S.R.L. (VIA NOVEMBRE 26 A BARZANÒ LC); PRESSO IL PROPRIO STUDIO PRIVATO; INOLTRE SOCIA DI ARTICA COOPERATIVA SOCIALE ONLUS (ATTUALMENTE SENZA INCARICHI)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 10/05/19 IL DICHIARANTE Ilaria Monti

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a MONTI ILARIA
nato/a a MONZA il 21/05/81 C.F. MNTLRI81E61F704I
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGA NELLA DISCIPLINA DI PSICOTERAPIA CON INCARICO DI PRESTAZIONI DI COLLABORAZIONE PROFESSIONALE IN REGIME DI LAVORO AUTONOMO con decorrenza dal 12/05/18 al 11/05/19
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  PSICOLOGA E PSICOTERAPEUTA LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO IL CENTRO CAB POLIDIAGNOSTICO S.r.l. (VIA NOVEMBRE 26 A BARZANÒ' LC) E PRESSO IL PROPRIO STUDIO PRIVATO. INOLTRE SOCIA DI ATIPICA COOPERATIVA SOCIALE ONLUS (ATTUALMENTE SENZA INCARICHI LAVORATIVI)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:

VIMERCATE, 11/10/2018

Firma
(per esteso e leggibile)

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MONTI ILARIA
nato/a a MONZA il 21/05/81 C.F. MNTLRI81E61F704I
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGA NELLA DISCIPLINA DI PSICOTERAPIA CON INCARICO DI PRESTAZIONE DI COLLABORAZIONE PROFESSIONALE IN REGIME DI LIBERO ARTISTA con decorrenza dal 01/07/2020 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

PSICOLOGA E PSICOTERAPEUTA PRESSO IL PROPRIO STUDIO PRIVATO SITO IN CASATENOVO VIA L. DA BESOZZO 4 E PRESSO CAB POLIDIAGNOSTICO S.R.L VIA IV NOVEMBRE 26 a BARZANÒ

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30/06/2020 IL DICHIARANTE Ilaria Monti

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MONTI ILARIA
nato/a a MONZA il 21/05/81 C.F. [redacted]
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGA NELLA DISCIPLINA DI PSICOTERAPIA CON INCARICO DI PRESTAZIONE DI COLLABORAZIONE PROFESSIONALE IN REGIME DI LAVORO AUTONOMO con decorrenza dal 01/07/2020 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

PSICOLOGA E PSICOTERAPEUTA PRESSO IL PROPRIO STUDIO PRIVATO SITO IN CASATENOVO VIA L. DA VINCI 4
E PRESSO CAB POLIDIAGNOSTICO S.R.L. VIA IV NOVEMBRE 26 a BARZANÒ

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30/06/2020 IL DICHIARANTE Ilaria Monti

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:
☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MONTI ILARIA
nato/a a __
residente a __
In relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGO LIBERO PROFESSIONISTA SPECIALISTA NELLA DISCIPLINA DI PSICOTERAPIA
con decorrenza dal 01/07/2021 al 30/06/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  PSICOLOGO E PSICOTERAPEUTA LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO IL PROPRIO STUDIO PRIVATO SITO IN CASATENOVO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 01/07/2021 **IL DICHIARANTE** Ilaria Monti

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Monti Ilaria
nato/a a Monza il 21/05/81 C.F. MNTLRI81E61F704I
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) :
collaborazione professionale in regime di lavoro autonomo come psicologo nella disciplina di psicoterapia
con decorrenza dal 01/07/2022 al 30/06/2023

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

Psicologa e Psicoterapeuta presso il proprio studio privato

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 01/07/2022 **IL DICHIARANTE**
F.TO ILARIA MONTI

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

X l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MANUELA MORASSI
nato/a a MILANO il 21/02/1989 C.F. MRSMNL89B61F205R
residente a [redacted] Via [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LIBERO PROFESSIONALE - INPEF
con decorrenza dal 01/01/19 al 31/12/19

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☑ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

LIBERA PROFESSIONISTA - INPEF - ASST NORD MILANO
circa 43 ore ogni (20 € ora) gen 2019 - feb 2019

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

vedi sopra

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 07/01/19 IL DICHIARANTE Manuela Morassi

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 07/01/2019 *Firma del dipendente* [signature]

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a MORASSI HANNEA
nato/a a MILANO, il 21/02/1989, C.F. MRSHNL89B61F205R
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LIBERA PROFESSIONISTA - TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA con decorrenza dal 01/01/18 al 31/12/18
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  LIBERO PROFESSIONISTA - TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA - ASST NORD MILANO - DAL 2016 AD OGGI

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  LIBERA PROFESSIONISTA - TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA - ASST NORD MILANO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:
10/10/2018

Firma
(per esteso e leggibile)
[signature]

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a GEMA NOELIA MORENO GRANADOS
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico):
INCARICO DI NATURA LIBERO PROFESSIONALE PSICOLOGO –PROGETTI INNOVATIVI DI SALUTE MENTALE
con decorrenza dal 14.03.2022 AL 31.12.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

□di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

□ di non svolgere attività professionale;

☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione)

LIBERO PROFESSIONISTA AMBULATORI HUMANITAS MEDICAL CARE LAINATE E ARESE
LIBERO PROFESSIONISTA PER MEDELIT SRL MEDICI A DOMICILIO
ATTIVITA' DI DOCENZA SCUOLA ASIPSE MILANO
LIBERO PROFESSIONISTA IN STUDIO PRIVATO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 06.01.2022 **IL DICHIARANTE F.TO GEMA NOELIA MORENO GRANADOS**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a GEMA NOELIA MORENO GRANADOS

nato/a a MADRID (SPAGNA) il 20.04.1974 C.F. MRNGNL74D60Z131Z

residente a _

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

INCARICO DI NATURA LIBERO PROFESSIONALE PROGETTI INNOVATIVI DI SALUTE MENTALE

con decorrenza dal 20.04.2021 al 31.12.2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

LIBERO PROFESIONISTA AMBULATORI HUMANITAS MADICAL CARE LAINATE E ARESE

LIBERO PROFFESIONISTA PER MEDELIT SRL MEDICI A DOMICILIO

ATTIVITA DI DOCENZA SCUOLA ASIPSE MIILANO

LIBERO PROFESSIONISTA IN STUDIO PRIVATO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 16.04.2021 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a HUSSI MELANIA
nato/a a BOLLATE (MI) il 31/01/83 C.F. HSSMLN83A71A940F
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LOGOPEDISTA
con decorrenza dal 01/09/19 al 31/12/19

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  - STUDIO PRIVATO VIA A. GRAMSCI 32 USSONE (MB) - LOGOPEDISTA LP
  - ASSOCIAZIONE IN RELAZIONE VIA GHIBELLINI 96 DERVIO (LC) - LOGOPEDISTA LP

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 04/01/19 IL DICHIARANTE Melania Hussi

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

[X] *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 4/1/19 *Firma del dipendente* [signature]

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MELANIA MASSI
nato/a a POLIATE (MI) il 31.07.1992 C.F. MSSMLN92A71A522F
residente _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LOGOPEDISTA LP NELL'AMBITO DEL PROGETTO (INNOVATIVI REGIONALI
con decorrenza dal 01.01.20 al 31.12.20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

X di non svolgere attività professionale;

di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

STUDIO PRIVATO (USMATE, MB) LOGOPEDISTA LP
ASSOCIAZIONE INTERAZIONE (OREGO, MB) LOGOPEDISTA LP

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31.12.19 IL DICHIARANTE Melania Massi

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MELANIA MUSSI
nato/a a BOLIATE (MI) il 31.01.1983 C.F. MSSMLN83A71A940F
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LIBERA PROFESSIONE PER LOGOPEMSTA NELL'AMBITO DEI PROGETTI INNOVATIVI DI SALUTE MENTALE con decorrenza dal 1.1.21 al 31.12.21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  - STUDIO PRIVATO Lissone Via Gramsci 33 -> LOGOPEMSTA LP
  - STUDIO PRIVATO IN RELAZIONE DEBD Via Sabellici 84 -> LOGOPEMSTA LP.

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31.12.2020 **IL DICHIARANTE** Melania Mussi

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MELANIA MUSSI

nato/a a _

residente a _

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LIBERA PROFESSIONE PER LOGOPEMSFA NELL'AMBITO DEI PROGETTI INNOVATIVI DI SALUTE MENTALE con decorrenza dal 1.1.21 al 31.12.21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  - STUDIO PRIVATO Lissone Via Gramsci 33 -> LOGOPEMSFA LP
  - STUDIO PRIVATO IN RELAZIONE DEBD Via Sabellico 84 -> LOGOPEMSFA LP.

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31.12.2020 **IL DICHIARANTE** Melania Mussi

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MELANIA LUSSI

nato/a a _____

residente a _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

LP in qualità di specialista nell'ambito dei progetti innovativi di salute mentale

con decorrenza dal 08.07.2021 al 31.12.2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

1. STUDIO PRIVATO di LUSSAR; LP Logopedista
2. STUDIO PRIVATO "INTERAZIONE" di ARNO; LP Logopedista

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 08.07.2021 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

- [x] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MUSSI MELANIA nato/a a il

C.F.

residente a Via Tel.

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) NATURA LIBERO PROFESSIONALE A 6 LOGOPEDISTI NELL'AMBITO DEIPROGETTI INNOVATIVI REGIONALI con decorrenza dal 01/01/2022 al 31/12/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  DOCENTE PRESSO L'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO CON CONTRATTO LIBERO PROFESSIONALE

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  STUDIO PRIVATO (LISSONE, MB) – LOGOPEDISTA LP
  STUDIO INRELAZIONE (DESIO, MB) – LOGOPEDISTA LP

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/12/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO MUSSI MELANIA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a M'ZIAN LAILA nato/a a _____ il _____
_____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) _____ con decorrenza dal 16/08/2021 al 30/09/2021
sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  INFERMIERA FATEBENEFRATELLI DI CERNUSCO SUL NAVIGLIO A TEMPO INDETERMINATO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 16/08/20201 **IL DICHIARANTE** F.TO M'ZIAN LAILA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l*'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a NADAI IN MARTA
nato/a a MONZA il 30/07/96 C.F. [redacted]
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO IN LIBERA PROFESSIONE DA MEDICO
con decorrenza dal 22/05/2021 21/11/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 11/05/2020 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a NANNINI ALESSANDRA nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) MEDICO VACCINATORE LP con decorrenza dal 3/06/2021 al 31/07/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ✓ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 03/06/2021 **IL DICHIARANTE** F.TO NANNINI ALESSANDRA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CHIARA NESINA
nato/a a SONDRIO il 10/12/98 C.F. NSNCHR98T50I829L
residente a
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
CO.CO.CO CPS OSTETRICA
con decorrenza dal 01/08/2021 al 31/10/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30/07/2021 **IL DICHIARANTE** Chiara Nesina

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 30/07/21 ***Firma del dipendente*** Marchesi Roberta

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a ELISA OGGIONNI
nato/a a VIMERCATE il 29.02.84 C.F. GGNLSE84B69M052L
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) INCARICO LIBERO PROFESSIONALE NELLA QUALIFICA DI DIRIGENTE MEDICO PNEUMOLOGO con decorrenza dal 04.05.17 al 30.04.18
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

✓ di non svolgere attività professionale;

di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:

VIMERCATE 11.10.2017

Firma
(per esteso e leggibile)

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Daniela Ojeda Mercado
nato/a a Città del Messico (MEX) il 07/05/1989 C.F. OJDMNL89E47Z514Y
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
Dietista

con decorrenza dal 01/09/2022 al _____

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione,
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

Libero professionista, Ospedale Koelliker, Torino

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione

Data 05/09/2022 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art 37 comma 1 D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a OSTALDO MARTA
nato/a a DESIO, il 08/03/85, C.F. STLMRT85C48D286B
residente a [redacted] e
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LOGOPEDISTA IN LIBERA PROFESSIONE PRESSO S.C. DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE sull'AMBITO TERRITORIALE MONZESE con decorrenza dal 01/01/17 al 31/12/17
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [X] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data: GUSSAGO, 05/10/17

Firma
(per esteso e leggibile)
Marta Ostaldo

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

Scanned by CamScanner

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MARTINA ORNAGHI

nato/a a MONZA il 26/04/1985 C.F. RNGMTN85D66F704C

residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

INCARICO LIBERO PROFESSIONALE PER L'ATTIVITÀ DI MEDICO PER U.O.C. CURE PALLIATIVE

con decorrenza dal 2/3/2020 al 1/3/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

INCARICO LIBERO PROFESSIONALE NOME MEDICO PRESSO IL RIFFO R.S.A
SEDE LEGALE VIA M. BIANCHI 17 MONZA (20900 - MB)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 24/2/2020 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MARTINA CAVALLI

nato/a a ___

residente a ___

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

INCARICO LIBERO PROFESSIONALE PER ATTIVITÀ DI MEDICO DA ASSEGNARE ALLA UOC CURE PALLIATIVE con decorrenza dal 09-03-2021 al 09-03-2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

___

___

___

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [X] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

___

___

___

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 09-03-2021 IL DICHIARANTE Martina Cavalli

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data ___ *Firma del dipendente* ___

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MARTINA ORNAGHI
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico):
INCARICO LIBERO PROFESSIONALE PER ATTIVITA' DI MEDICO DA ASSEGNARE ALLA UOC CURE PALLIATIVE
con decorrenza dal 15.03.2022 AL 14.03.20232

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

□di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☑ di non svolgere attività professionale;

□ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 14.03.2022 **IL DICHIARANTE F.TO ORNAGHI MARTINA**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Chico Ana Paola
nato/a a Cristalnoano Nadi (E) il [illegible] C.F. PCLCRN[illegible]
residente in [illegible] Via [illegible] Tel [illegible]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
Medico nell'ambito dei Progetti Innovativi di Salute Mentale con decorrenza dal 1.1.20 al 31.12.20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

Asst Piacenza - Resp. Dipartimento di Salute Mentale
Dal 2018 a oggi - libera professione per 18 h sett.

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

Studio privato

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31.12.2019 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Chiara Anna Pasi
nato/a a Castelnuovo Ne' Monti (RE) il 26.7.76 C.F. PSLCRN76L66C219J
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
Psicologa Specialista
con decorrenza dal 1.1.19 al 31.12.19

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

AUSL Piacenza

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

Studio Privato
AUSL Piacenza

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 8.1.19 IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 8/1/19 *Firma del dipendente*

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LORELLA VALENTINA POLVERA
nato/a a SESTO S. GIOVANNI il 31/01/1964 C.F. PLVLNV64A71I682Q
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
DIRIGENTE DI PSICOLOGIA
con decorrenza dal 1/1/19 al 31/12/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

ATTIVITA' DI FORMAZIONE/CONSULENZA PRIVATA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 21/12/18 **IL DICHIARANTE** [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 21/12/18 *Firma del dipendente* [signature]

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Vimercate

U.O.C. Risorse Umane

QD_ENT_201710_116118

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a PALAZZO MARIACHIARA
nato/a a POTENZA il 17-01-92 C.F. PLZMCH92A57G942N
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

con decorrenza dal 12.11.19 al 30.4.20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- di non svolgere attività professionale;
- di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

LIBERA PROFESSIONE SVOLTA SU CHIAMATA DI ENTI PRIVATI

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 11-11-19 IL DICHIARANTE Mariachiara Palazzo

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione allo svolgimento di attività professionali ai sensi dell'art. 15, c. 1, lett. c), del d.lgs. 33/2013	03/10/2017	01	Pagina 1 di 1

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a PALMIERI SONIA
nat[illegible]/a a LECCO il 2/6/76 C.F. PLMSNO76H62E507L
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO LIBERO PROFESSIONISTA DIP. OFTALMOLOGIA
con decorrenza dal 1/9/18 al 31/8/19
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  MEDICO SPECIALISTA C/O STRUTTURE ACCREDITATE GRUPPO S. DONATO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:

VIMERCATE 1/9/2018

Firma
(per esteso e leggibile)

Sonia Palmieri

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a PALUMBO SONIA
nato/a a LECCO il 21/8/76 C.F. PLMSNO76M61E507L
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
ATTUALE UNICO PROFESSIONALE CHE OCCUPA IL N° 2020/SPA. con decorrenza dal 1/9/2018 al 31/8/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
ATTUALE OCCUPAZIONE IN LIBERA PROFESSIONE C/O GRUPPO SAN DONATO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data _____ IL DICHIARANTE Sonia Palumbo

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a PANDURO SAAVEDRA WILSON
nato/a a AYACUCHO - PERU il 20-9-69 C.F. [redacted]
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
STRUMENTISTA SALA OPERATORIA
con decorrenza dal _____ al _____

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio) HUMANITAS BOLZANO. STRUMENTISTA LIBERO PROFESSIONISTA

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 15-10-2020 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15. C. 1. LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a PANDURO SARUSPNA WILSON
nato/a a [redacted] il [redacted] C.F. [redacted]
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
EMERGENZA COVID
con decorrenza dal 12/3/20 al

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
INFERMIERE STRUMENTISTA, PRESSO CLINICHE FAVAZZINI BERGAMO. (GCOOP)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 12-03-2020 IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a PAOLETTI MONIA

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE L.P. con decorrenza dal 3/6 al 31/7/21

con decorrenza dal _____ al _____

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 15/06/2021 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 15/06/2021 *Firma del dipendente* _____

- [ ] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ORNAGO DUCE MARGHERITA

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE CP

con decorrenza dal 06/05/21 al 30/06/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [X] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 19/5/21 **IL DICHIARANTE** Duce Margherita Ornago

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 19/05/2021 ***Firma del dipendente*** _____

- [ ] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ALESSANDRA NANNINI
nato/a a _____ il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO VACCINATORE LP
con decorrenza dal 31/05/2021 al 31/07/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☑ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 03/06/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 03/06/2021 *Firma del dipendente* _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LEDA MONTALBANO
nato/a a _____ il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
Medico Vaccinatore UP
con decorrenza dal 4/6/2021 al 31/07/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☑ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 4/6/2021 **IL DICHIARANTE** Leda Montalbano

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Orio Mario Ludovico Mandelli

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

Medico Vaccinato RSA C.P

con decorrenza dal 12/07/21 al 30/09/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 12/07/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SILVANA SILVIA PAPANDREA
nato/a a _____ il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) MEDICO VACCINATORE (CAMPAGNA VACCINALE ANTI-SARSCOV2) con decorrenza dal 13/09/2021 al 30/06/2022
sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  MEDICO DOCENTE CORSI PRIMO SOCCORSO:
  - NOVEMBRE 2021 PRESSO ECOL STUDIO SPA
  - TECNOLOGIE D'IMPRESA SRL (ATTIVITA' NON ANCORA INIZATA)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 27/05/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO SILVANA SILVIA PAPANDREA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a PARACHINI LUCA
nato/a a BORGOMANERO (NO) il 10/03/1971 C.F. PRCLCU71C10B019K
residente a
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
CO. CO. CO
con decorrenza dal 04/06/2021 al 31/08/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☒ di non svolgere attività professionale;

☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 04/06/2021 **IL DICHIARANTE**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 4/06/21 *Firma del dipendente* Marchesi Roberto

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CINZIA PARISI
nato/a a GIUSSANO il 27.06.1967 C.F. PRSCNZ 67H67E063H
residente a [redacted] Via [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGO nella DISCIPLINA in PSICOTERAPIA (ETIM + CPS VIMERCATE)
con decorrenza dal 1.01.19 al 31.12.2019

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  SU INCARICO AUTORITA' GIUDIZIARIA – NON CONTINUATIVO MA SPECIFICO PROCEDIMENTO PENALE / CIVILE –

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  STUDIO CLINICO PRIVATO
  ANPIDA - COOPERATIVA SOCIALE ONLUS

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 17.01.2019 IL DICHIARANTE Cinzia Parisi

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:
☒ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 17.01.2019 *Firma del dipendente* [redacted]

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagine
Dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione allo svolgimento di attività professionali ai sensi dell'art. 15, c. 1, lett. c), del d.lgs. 33/2013	03/10/2017	01	Pagina 1 di 1

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI

AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CINZIA PARISI
nato/a a GIUSSANO il 27.06.1987 C.F. PRSCNZ87H67E063H
residente a _____ Via _____
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione ... incarico)
PSICOLOGO SPECIALISTA NELLA DISCIPLINA DELLA PSICOTERAPIA
con decorrenza dal 1.1.2016 al 31.12.2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [ ] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [X] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  TRIBUNALE DI PROCURA / PERITO E CONSULENTE / CONFERIMENTO DI INCARICO / SECONDO VACAZIONE RICONOSCIUTA DALL'AG

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  PSICOLOGA PRIVATA IN STUDIO PRIVATO
  PSICOLOGA TUTELA MINORI COMUNE DI INCARICO ANPICA COOP ONLUS

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31.12.2019 IL DICHIARANTE Cinzia Parisi

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CINZIA PARISI
nato/a a GIUSSANO il 27.06.1987 C.F. PRSCNZ87H67E063H
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGO SPECIALISTA NELLA DISCIPLINA DI PSICOTERAPIA
con decorrenza dal 11.2021 al 31.12.2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  CONTRATTO CONSULENZA PROFESSIONALE - ATIACA COOP. SOCIALE ONLUS
  CONFERIMENTI INCARICHI - MINISTERO DI GIUSTIZIA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 11.01.2021 IL DICHIARANTE Cinzia Parisi

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Cinzia Parisi
nato/a Giussano il 27/06/1987 C.F. PRSCNZ87H67E063H
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
psicologo psicoterapeuta nell'ambito del progetto "interventi territoriali in psichiatria e case di comunità ad alta intensità

con decorrenza dal 1/09/2022 al 31/12/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

X di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

Ministero di Giustizia con nomina in qualità di Perito o Consulente Tecnico

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

Studio Privato

Cooperativa Atipica Onlus – Psicologo psicoterapeuta tutela minori

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 08/08/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO Cinzia Parisi

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SERGIO PARISI nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) MEDICO VACCINATORE con decorrenza dal 01/05/2022 al 30/06/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  - SPECIALIZZANDO RADIODIAGNOSTICA UNISR

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26/05/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO SERGIO PARISI

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ILARIA PASSONI
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico):
INCARICO DI NATURA LIBERO PROFESSIONALE PSICOLOGO NELL'AMBITO DEI PROGETTI INNOVATIVI DI SALUTE MENTALE
con decorrenza dal 01.01.2022 AL 31.12.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

□ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

□ di non svolgere attività professionale;

☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione)

- ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE IN STUDIO PRIVATO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 02.01.2022 **IL DICHIARANTE F.TO ILARIA PASSONI**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Vimercate

U.O.C. Risorse Umane

QD_ENT_201710_116118

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ILARIA PASSONI
nato/a a RHO il 28/04/1990 C.F. PSSLRI90D68H264K
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO DI NATURA LIBERO PROFESSIONALE - PSICOLOGO NELL'AMBITO DEI PROGETTI INNOVATIVI DI SALUTE MENTALE con decorrenza dal 4/01/2021 al 31/12/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [ ] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [x] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

ATS INSUBRIA CONTRATTO DI COLLABORAZIONE LIBERO PROFESSIONALE A PARTIRE DA GENNAIO 2021, 16 H SETTIMANALI

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE IN STUDIO PRIVATO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 4/01/2021 IL DICHIARANTE Ilaria Passoni

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 4/01/2021 *Firma del dipendente* Ilaria Passoni

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione allo svolgimento di attività professionali ai sensi dell'art. 15, c. 1, lett. c), del d.lgs. 33/2013	03/10/2017	01	Pagina 1 di 1

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a PASTENA DAVIDE nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) VACCINAZIONE ANTI COVID con decorrenza dal 01/12/2021 al 30/06/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ✓ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 29/05/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO PASTENA DAVIDE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a PATERNOSTRO VALENTINA

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

INFERMIERA PER CAMPAGNA VACCINALE CO CO CO

con decorrenza dal 30/04/2021 al 31/07/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30.04.2021 **IL DICHIARANTE** Valentina Paternostro

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 30.04.2021 ***Firma del dipendente*** _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a GIULIA PANONE

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE C.P.

con decorrenza dal 6/05/2021 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☑ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 28/05/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 28/05/2021 *Firma del dipendente* _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Franco Pazzucconi
nato/a a ___ il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____ in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di Incarico collaborazione per attività vaccinale - contratto prot.n.21389/2021 con decorrenza dal 1 luglio 2021 al 30 giugno 2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

Incarico libero professionale di consulenza in Farmacologia Clinica c/o Comitato Etico Indipendente dell'IRCCS Humanitas Mirafiore, durata annuale.

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

Attività Libero professionale Clinica presso studio privato

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.



Data 27 maggio 2022 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

Dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o alla titolarità dicariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione allo svolgimento di attività professionali ai sensi dell'art. 15, comma 1, lett. c), del D.Lgs. n. 33/2013	16/02/2021	01	Pagina 1 di 1

Dichiarazione ai sensi dell'art. 15, comma 1, lett. c) del D.Lgs. n. 33/2013

Il/La sottoscritto/a MASSIMO PEDERZOLI matr. //

nato/a a MILANO (MI) il 29 / 11 / 1951

domiciliato per la carica a VIMERCATE (ASST VIMERCATE) (MB)

in via SS COSMA E DAMIANO N° 40 in servizio presso

UOC NEUROLOGIA in qualità di CONSULENTE

(Unità Operativa, ubicazione) (Dirigente, Medico, Direttore, Consulente)

consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445, con riferimento alla propria posizione e all'incarico professionale di:

COLLABORAZIONE PROF.LE A TITOLO GRATUITO

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000

☒ di NON svolgere incarichi o di NON essere titolare di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione o di NON svolgere attività professionali;

☐ di svolgere incarichi o di essere titolare di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione o di svolgere attività professionali, come di seguito elencato:

PRESSO IL MIO STUDIO PRIVATO
E LA CLINICA ZUCCHI (MONZA - CERNUSCO)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 1-5/2020

IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____

FIRMA DEL DIPENDENTE

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Azienda Socio Sanitaria

Regione Lombardia

ASST Vimercate

U.O.C. Risorse Umane

QD_ENT_201710_116118

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a [illegible]

nato/a a [illegible] il [illegible] C.F. [illegible]

residente a [illegible] (Prov. [illegible]) in Via [illegible]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

[illegible]

con decorrenza dal [illegible] al [illegible]

sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DERMATOLOGO AUXOLOGICO MEDA

e DIR. SANITARIO AMBULATORIO MEDICO DERMATOLOGICO DI PEDRINANA TIZIANO MARIANO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:

Firma
(per esteso e leggibile)

Seveso 1-10-18 [signature]

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decada dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CHRISTIAN PEDRINAZZI

nato/a a PAVIA il 9/1/75 C.F. PDRCRS75A09G388F

[redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

ATTIVITÀ MEDICO PSICOLOGICA DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA

con decorrenza dal 1/7/19 al 30/6/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

1ST ANCONOLOGICO MEDA
POLIAMBULATORIO PRIVATO CESARE MAGNO
VIA SAN LUCA, 4

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 21/6/2019 IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☑ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 21.06.2019 *Firma del dipendente*

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione allo svolgimento di attività professionali ai sensi dell'art. 15, c. 1, lett. c), del d.lgs. 33/2013	03/10/2017	01	Pagina 1 di 1

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a PELI ELDA

nato/a a

resident

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

con decorrenza dal 03.01.21 al 02.07.21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

ASSISTENTE SANITARIA PRESSO ASST SPEDALI CIVILI DI BRESCIA
ASSISTENTE SANITARIA PRESSO EUROLIFE SRL
ASSISTENTE SANITARIA PRESSO SHAO SRL

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 02/12/2020 IL DICHIARANTE Elda Peli

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CHIARA PELOLI
nato/a a CANTU' (CO) Il 08/10/1967 C.F. PLLCHR67R48B639T
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGO LIBERO PROFESSIONISTA
con decorrenza dal 04.04.13 al 31.12.19

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

PSICOLOGA PSICOTERAPEUTA PRESSO ASSOCIAZIONE "QUID" - RIGNO SEGNIA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 04.01.19 **IL DICHIARANTE**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 4/1/19 *Firma del dipendente*

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione allo svolgimento di attività professionali ai sensi dell'art. 15, c. 1, lett. c), del d.lgs. 33/2013	03/10/2017	01	Pagina 1 di 1

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CHIARA PELOLI
nato/a a CARATE (MB) il 09/10/1987 C.F. PLLCHR87R49B639T
residente a [illegible] Via [illegible] Tel.
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO LIBERO-PROFESSIONALE DI PSICOLOGO PRESSO LA U.O.C. DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE NEL PROGETTO INNOVATIVO DI SALUTE MENTALE con decorrenza dal 01/01/2020 al 31/12/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  - PSICOLOGA PSICOTERAPEUTA PRESSO ASSOCIAZIONE QUID (PIGNO SERENZA)
  - PSICOLOGA PSICOTERAPEUTA PRESSO CMPED – CENTRO MULTIDISCIPLINARE PEDIATRICO (SEREGNO)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/12/2019 **IL DICHIARANTE** [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

[X] *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 31/12/2019 *Firma del dipendente* [signature]

[X] *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Loredana Cosomma

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

con decorrenza dal 01.08.21 al 30/09/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☑ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

Ospedale S. Raffaele con contratto tempo determinato part-time 66%

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☑ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 02.08.21 **IL DICHIARANTE** Loredana Cosomma

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE
E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI
AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Pennati Nicole nato/a a Carate Brianza il 09/03/1998 C.F. PNNNCL98C49B729J in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva nell'ambito nei progetti innovativi di salute mentale con decorrenza dal 01/09/2022 a 31/12/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- □ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____

  _____

  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- □ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

  Trattamento neuropsicologico con minori con Disturbi specifici e aspecifici dell'apprendimento presso l'Associazione La Nostra Famiglia (Mandello del Lario), ente ecclesiastico civilmente riconosciuto e convenzionato con lo Stato.

  Valutazione e trattamento neuropsicomotorio presso gli studi privati "Nuovo Itinere" con sede a Merate e "Centro Clinico Segantini" con sede a Veduggio con Colzano.

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 04/08/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO Nicole Pennati

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il sottoscritto STEFANO PIRRONE
Nato ad. ALZANO LOMBARDO (BG) il 30.05.1988 C.F. PRRSFN88E30A246G
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
Psicologo - Psicoterapeuta nell'ambito del progetto 'Interventi territoriali Psichiatria e Case di Comunità ad alta intensità: un modello per l'integrazione e la multidimensionalità nella fascia tardo giovanile del disagio psichico

con decorrenza dal 12.09.2022 al 31.12.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

Presso il mio Studio di Psicologia e Criminologia Clinica e presso l'Asst Bergamo Est

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 16.08.2022 **IL DICHIARANTE STEFANO PIRRONE**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

✓*l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SARA REGGIO
nato/a a Monza il 01.08.1985 C.F. RGGSRA85M41F704J
residente a [redacted] Via [redacted] Tel [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
Psicologo nella disciplina di Psicoterapia
con decorrenza dal 01.04.19 al 31.03.2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  Consulente Familiare "Villaggio delle Madri e del fanciullo", incarico libero professionale

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  Libera professione

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 01.04.2018 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 01.04.2018 *Firma del dipendente* [signature]

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Sara Ferro

nato/a a Monza il 01.09.1985 C.F. FRRSRA85M41F704I

residente a [redacted] Via [redacted] Tel [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

_____

_____ con decorrenza dal _____ al _____

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

Consulente Familiare Ufficio della Madre e del Fanciullo, Via F. Casati 50 Milano

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

Studio privato c/o Centro Sinergia, Via Bechi 7 Milano

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 05.11.19 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a SARA PERELLO

nato/a a MONZA, il 01.08.1985, C.F. PRLSRA85M41F704T

residente a [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

PSICOLOGO & PSICOTERAPEUTA

con decorrenza dal 12/12/2018 al 31/03/2019

sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

PSICOLOGA/PSICOTERAPEUTA, CIO CONSULTORIO FAMILIARE VILLA PIA HELP MOTHER E BB, FAMIGLIA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs: 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:

Vimercate, 04.12.2018

Firma
(per esteso e leggibile)

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SARA VENEGO
nato/a a MONZA il 01.08.1985 C.F. [redacted]
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGA NELLA DISCIPLINA PSICOTERAPIA
con decorrenza dal 26.05.20 al 25.05.2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
CONSULTORIO FAMILIARE VILLASANTA DELLA MADRE E DEL FANCIULLO
INCARICO LIBERO PROFESSIONALE COME PSICOLOGA PSICOTERAPEUTA
RETRIBUZIONE A PRESTAZIONE

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
PSICOLOGA PSICOTERAPEUTA PRESSO STUDIO PRIVATO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26.05.20 **IL DICHIARANTE** [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Sara Perego

nato/a a ___

residente a ___

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

Psicologo specialista nella disciplina di Psicoterapia

con decorrenza dal 26/05/2021 al 25/05/2023

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

___

___

___

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

Libero Professionista presso Villaggio della Madre e del Fanciullo

Attività Professionale in studio privato

___

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 25/05/2021 **IL DICHIARANTE** ___

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 25/05/2021 ***Firma del dipendente*** ___

☑ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a PIACENTINI ALESSIO nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) MEDICO VACCINATORE PER CAMPAGNA COVID-19 con decorrenza dal 01/04/2022 al 30/06/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  - MEDICO SPECIALIZZANDO DI RADIODIAGNOSTICA PRESSO UNIMI
  - MEDICO USCA PER ASST MILANO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30/05/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO PIACENTINI ALESSIO

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a PIERPAOLI EDOARDO

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE USP

con decorrenza dal 20/5/21 al 30/6/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 20/5/21 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MATTEO PIVA

nato/a a _____ Il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VETERINARIO 6 P

con decorrenza dal 26 - 04 - 21 al 30 - 06 - 21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☑ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26-04-21 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a PINTEA ADINA GABRIELA nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) INFERMIERA con decorrenza dal 24/11/2021 al 30/06/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ✓ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

  _____
  _____
  _____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26/05/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO PINTEA ADINA GABRIELA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a PINTUCCI JEAN PIERRE
nato/a a RECANATI, il 28-11-52, C.F. PNTJPR52S28H211V
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
STORICO LIBERO PROFESSIONISTA
con decorrenza dal 1/4/18 al 31/5/19
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
MEDICO – STORICO – LIBERO PROFESSIONISTA
PROPRIO STUDIO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data: 1/10/2018

Firma (per esteso e leggibile)

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a JEAN PIERRE PINTUCCI
nato/a a LECCO il 28.11.1957 C.F. [redacted]
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LIBERO PROFESSIONISTA OTORINO
con decorrenza dal 01/01/2020 / 31/05/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  LIBERO PROFESSIONISTA OTORINO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 04.06.2020 IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Vimercate

U.O.C. Risorse Umane

QD_ENT_201710_116118

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a PINTUCCI STEFANO PIETRO
nato/a a ARCAUATE il 24-11-57 C.F. PNTSPR57S24H211V
residente [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
OTORINO LARINGOIATRA
659 con decorrenza dal 30/12/14 al 4-6-2014 31/5/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
OTORINO LIBERO PROFESSIONISTA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 3/6/2019 IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 3/6/19 *Firma del dipendente*

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione allo svolgimento di attività professionali ai sensi dell'art. 15, c. 1, lett. c), del d.lgs. 33/2013	03/10/2017	01	Pagina 1 di 1

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a JEAN PIERRE PINTUCCI
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico):
NATURA LIBERO PROFESSIONALE PER 3H/SETT A N. 1 MEDICO DELLA DISCIPLINA DI OTORINOLARINGOIATRIA
con decorrenza dal 01.06.2021 AL 31.05.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

□di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

□ di non svolgere attività professionale;

☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione)

- SPECIALISTA OTORINOLARINGOIATRA
- -MEDICO DEL LAVORO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 09.06.2021 **IL DICHIARANTE F.TO JEAN PIERRE PINTUCCI**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MANUELA PIROTTA
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico):
PSICOLOGO
con decorrenza dal 01.01.2022 AL 31.12.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

□di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

□ di non svolgere attività professionale;

☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione)

- FONDAZIONE PATRIZIO PAOLETTI - FORMATORE
- STUDIO PRIVATO, SITO IN VIA EUSTACHI 40 MILANO
- FONDAZIONE ELICE ONLUS, COLLABOARAZIONE IN LIBERA PROFESSIONE DI PSICOLOGO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 25.01.2022 **IL DICHIARANTE F.TO PIROTTA MANUELA**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI

AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a VANESSA PIRRO
nato/a a PONTREMOLI (MS) Il 18/5/78 C.F. PRRVNS78E58G916P
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGO - LIBERO PROFESSIONISTA
con decorrenza dal _____ al _____

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE PRESSO LOCALI PRIVATO VIA S. STEFANO, 6 MILANO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 8/01/19 IL DICHIARANTE Vanessa Pirro

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [X] *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 8/01/19 *Firma del dipendente* _____

- [ ] *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a VALERIA PIRRO
nato/a a PORDENONE (PE) il 15/05/78 C.F. [redacted]
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
NATURA LIBERO PROFESSIONALE PER 1 PSICOLOGO SPECIALISTA NELLA DISCIPLINA DI PSICOTERAPIA con decorrenza dal 15/6/20 al 14/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

CONSULENZA PSICOLOGICA E PSICOTERAPIA STUDIO PRIVATO S. GREGORIO 6 MILANO
ORGANIZZAZIONE SCIENTIFICA C/O SIPR MILANO V. BERTA, 25

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 01/06/2020 **IL DICHIARANTE** Valeria Pirro

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

[X] *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a VALERIA PIRRO

nato/a a _____

residente a _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

INCARICO LIBERO PROFESSIONALE COME PSICOLOGO PSICOTERAPEUTA

con decorrenza dal 31/05/2021 al 30.05.2023

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

Attività Libero Professionale c/o STUDIO PRIVATO S. Gregorio 6 MILANO
Relatore per formazione c/o SPAZIO DIRIS COOP. SOC. ONLUS
Collaborazione c/o SIPRe - Società Italiana Psicoanalisi della Relazione

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 27/5/2021 IL DICHIARANTE Valeria Pirro

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a VALERIA PIRRO
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico):
PSICOLOGO
con decorrenza dal 20.09.2021 AL 19.09.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

□di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

□ di non svolgere attività professionale;

☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione)

- ATTIVITA' CLINICA C/O STUDIO PRIVATO VIA S. GREGORIO 6 MILANO
- ATTIVITA' DOCENZA/FORMAZIONE C/O SPAZIO IRIS COOP.SOC.ONLUS
- ATTIVITA' DOCENZA/FORMAZIONE C/O SIPRE MILANO SOC.PSICOANALISI DELLA RELAZIONE.

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 09.08.2021 **IL DICHIARANTE F.TO PIRRO VALERIA**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a PIRRONE STEFANO nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) PROGETTI INNOVATIVI SALUTE MENTALE UOC PSICHIATRIA con decorrenza dal 19/04/2022 al 31/12/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  - STUDIO PRIVATO BERGAMO
  - ASST BERGAMO EST

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 19/04/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO PIRRONE STEFANO

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il sottoscritto STEFANO PIRRONE
Nato ad. ALZANO LOMBARDO (BG) il 30.05.1988 C.F. PRRSFN88E30A246G
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
Psicologo - Psicoterapeuta nell'ambito del progetto 'Interventi territoriali Psichiatria e Case di Comunità ad alta intensità: un modello per l'integrazione e la multidimensionalità nella fascia tardo giovanile del disagio psichico

con decorrenza dal 12.09.2022 al 31.12.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

Presso il mio Studio di Psicologia e Criminologia Clinica e presso l'Asst Bergamo Est

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 16.08.2022 **IL DICHIARANTE STEFANO PIRRONE**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

✓*l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a PIVA VALERIA nato/a a il

C.F.

residente a Via Tel.

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) con decorrenza dal 19/04/2022 al 30/06/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ✓ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26/05/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO PIVA VALERIA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data ***Firma del dipendente***

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a PIVA VALERIA
nato/a a NEGRAR (VR) il 8-1-1995 C.F. PVIVLR95A48F861Z
residente a CARUGATE Via TOTI 26 Tel. 3483392890
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di [inserire tipologia e denominazione dell'incarico]

con decorrenza dal _____ al _____

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / Titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale,
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 29/3/2022 IL DICHIARANTE Valeria

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 29/3/22 *Firma del dipendente* _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione allo svolgimento di attività professionali ai sensi dell'art. 15, comma 1, lett. c), del D.Lgs. n. 33/2013	16/02/2017	01	Pagina 1 di 1

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a PIZZARDI AGNESE

nato/a a DESIO il 21/10/82 C.F. [redacted]

residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

INCARICO LIBERO PROFESSIONALE IN GINECOLOGIA ed OSTETRICIA

con decorrenza dal 22/6/20 al 21/6/22

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [X] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 18/06/20 IL DICHIARANTE Agnese Pizzardi

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a PIZZARDI AGNESE
nato/a a DESIO il 21/10/82, C.F. PZZGNS82R61D286F
residente a [redacted] n. [redacted] c.a.p. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO LIBERO PROFESSIONISTA di GINECOLOGIA
con decorrenza dal 20/3/18 al 19/3/20
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

X di non svolgere attività professionale;

di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs: 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data: VIMERCATE 9/3/18

Firma (per esteso e leggibile) Agnese Pizzardi

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CATERINA PIZZI

nato/a a _____ Il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE LP

con decorrenza dal 15.7.2021 al 30.9.2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 15/7/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a PLESHAKOVA Natalia

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

medico - vaccinatore LP

con decorrenza dal 30.04.21 al 31.07.21.

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio) medico – vaccinatore nella cooperativa Pavinci Salute.

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30.04.21 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 30/04/2021 ***Firma del dipendente*** _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a PAOLETTI MONIA

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE L.P. con decorrenza dal 3/6 al 31/7/21

con decorrenza dal _____ al _____

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 15/06/2021 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 15/06/2021 *Firma del dipendente* _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ORNAGO DUCE MARGHERITA

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE CP

con decorrenza dal 06/05/21 al 30/06/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [X] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 19/5/21 **IL DICHIARANTE** Duce Margherita Ornago

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 19/05/2021 ***Firma del dipendente*** _____

- [ ] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ALESSANDRA NANNINI
nato/a a _____ il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO VACCINATORE UP
con decorrenza dal 31/05/2021 al 31/07/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☑ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 03/06/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 03/06/2021 *Firma del dipendente* _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LEDA MONTALBANO
nato/a a _____ il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
Medico Vaccinatore UP
con decorrenza dal 4/6/2021 al 31/07/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☑ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 4/6/2021 **IL DICHIARANTE** Leda Montalbano

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengano presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ORIO MARIA LUIGI MANDELLI
nato/a a _____ il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO VACCINATO RSA C.P
con decorrenza dal 12/07/21 al 30/09/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 12/07/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a PONTI CLARISSA

nato/a a

residente a

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE LIBERO PROFESSIONISTA

con decorrenza dal 12/06/2021 al 11/09/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

MEDICO SPECIALIZZANDO IN GENETICA MEDICA PRESSO UNIVERSITÀ DI GENOVA

DICHIARA INOLTRE

- ☒ di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- ☒ di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- ☒ di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26/05/2021 IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a POORRAJABI SOHEILA

nato/a a TEHERAN - IRAN (EE) il 02/05/1980 C.F. PRRSHL80E42Z224W

residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

ATTIVITA' DI INFERMIERE PER EMERGENZA COVID-19

con decorrenza dal 20/04/2020 al 19/10/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [X] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 10/04/2020 IL DICHIARANTE Poorrajabi

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata/a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ELENA PERTINARO
nato/a a CASALE MONF.TO (AL) il 26/5/83 C.F. PRTLNE83E66B885G
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
UP d/o UNITA' PEDIATRIA e NEONATOLOGIA
con decorrenza dal _____ al _____

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [NO] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE COME MEDICO CON PERFEZIONAMENTO IN TERAPIA INTENSIVA NEONATALE PRESSO CDI / PEMACOOP

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 13/7/2020 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengano presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ELENA PONTIGGIA
nato/a a CASALE MONF. (AL) il 20/5/83 C.F. PNTLNE83E60B859G
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

con decorrenza dal 21/11/18 al 13/2/19

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

Libera Professione ambulatoriale Cronicità e
di ambulatoriale Prelievi

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 21/11/18 IL DICHIARANTE Elena Pontiggia

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 21/11/18 *Firma del dipendente* Pellegrini

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a TIZIANA POZZETTI
nato/a a VIMERCATE il 07/05/1982 C.F. PZZTZN82E47H052E

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGO PROGETTI INNOVATIVI REGIONALI - LIBERO PROFESSIONISTA
con decorrenza dal 01/01/19 al 31/12/2019

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (Indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
CONSULENTE CTU PRESSO ASSOCIAZ. NEUROPSICHIATRI ASSOCIATI
PSICOLOGA - PSICOTERAPEUTA PRESSO STUDIO PRIVATO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 07/01/2019 IL DICHIARANTE Tiziana Pozzetti

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

[X] *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 07/01/2019 *Firma del dipendente*

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a TIZIANA POZZETTI
nato/a a VIMERCATE il 07/05/1982 C.F. PZZTZN82E47H0522
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGO PROGETTI INNOVATIVI REGIONALI - ELENCO PROFESSIONISTI
con decorrenza dal 01/01/19 al 31/12/2019

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
CONSULENZA CTU PRESSO ASSOCIAZ. NEUROPSICHIATRI ASSOCIATI
PSICOLOGA - PSICOTERAPEUTA PRESSO STUDIO PRIVATO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 07/01/2019 IL DICHIARANTE Tiziana Pozzetti

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

[X] *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 07/01/2019 *Firma del dipendente* [signature]

[ ] *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a TIZIANA POZZETTI
nato/a a VIMERCATE il 07.05.1982 C.F. PZZTZN82E47H052Z
residente a V. Tel.
In relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LIBERO PROFESSIONISTA PER ATTIVITÀ DI BIOLOGO DEL DIPARTIMENTO DEI PROFESSIONISTI SANITARI DI SALUTE MENTALE con decorrenza dal 01.01.2020 al 31.12.2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
LIBERO PROFESSIONISTA BIOLOGO ASST BERGAMO OVEST

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/12/2019 IL DICHIARANTE Tiziana Pozzetti

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a TIZIANA POZZETTI
nato/a a V. MERCATE il 07/05/1983 C.F. PZZTZN83E47H05Z3
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGO NELLA DISCIPLINA BICOTERAPIA NELL'AMBITO DEI PROGETTI SALUTE MENTALE
con decorrenza dal 01/09/20 al 31/12/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

PSICOLOGA - PSICOTERAPEUTA PRESSO UOP.P.
ASST BERGAMO OVEST

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

PRESSO STUDIO PRIVATO CON SEDE IN LISSONE
VIA CAIROLI 39.

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 01/09/2020 IL DICHIARANTE Tiziana Pozzetti

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a VIRGINIA POZZETTI
nato/a a V. MERCATE il 07/05/1983 C.F. PZZVGN83E47H052Z
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGO NELLA DISCIPLINA PSICOTERAPIA NELL'AMBITO DEI PROGETTI SALUTE MENTALE
con decorrenza dal 01/09/20 al 31/12/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

PSICOLOGA - PSICOTERAPEUTA PRESSO UOMPIA ASST BERGAMO OVEST

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

PRESSO STUDIO PRIVATO CON SEDE IN LISSONE VIA CARDUCCI 39.

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 01/09/2020 IL DICHIARANTE Virginia Pozzetti

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:
☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a TIZIANA POZZETTI
nato/a a VIMERCATE il 07.05.1983 C.F. PZZTZN83E47H052Z
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGA - PSICOTERAPEUTA NELL'AMBITO DEI PROGETTI INNOVATIVI DI SALUTE MENTALE con decorrenza dal 1/1/2021 al 31/12/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
PSICOLOGA - PSICOTERAPEUTA LP PRESSO ASST FBF OVEST

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/12/2020 IL DICHIARANTE Tiziana Pozzetti

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Vimercate

U.O.C. Risorse Umane

QD_ENT_20196_411

Dichiarazione ai sensi dell'art. 15, comma 1, lett. c) del D.Lgs. n. 33/2013

Il/La sottoscritto/a Angelo Bozzi matr. _____

nato/a a Bergamo (BG) il 22/02/1969

domiciliato per la carica a Vimercate (ASST Vimercate) (MB)

in via SS Cosma e Damiano N.10 in servizio presso

ASST Vimercate - Presidio Carate in qualità di Collaboratore a t. determinato

(Unità Operativa, ubicazione) (Dirigente, Medico, Direttore, Consulente)

consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445, con riferimento alla propria posizione e all'incarico professionale di:

Collaboratore a titolo gratuito

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000

☐ di NON svolgere incarichi o di NON essere titolare di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione o di NON svolgere attività professionali;

☐ di svolgere incarichi o di essere titolare di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione o di svolgere attività professionali, come di seguito elencato:

Attività privata professionale presso propri studi a Bergamo Via San Lazzo 18

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

IL DICHIARANTE

Data 28.2.20 _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

FIRMA DEL DIPENDENTE

Data _____ _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a POZZOLI MARCO nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) COLLABORAZIONE PROFESSIONALE IN REGIME DI LAVOROAUTONOMO C/O HUB VACCINALI con decorrenza dal 21/12/2021 al 30/06/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  - MEDICO USCA C/O ATS BRIANZA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 27/05/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO POZZOLI MARCO

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a PRACCHI ANDREA nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) EDUCATORE PROFESSIONALE PER "PROGETTO GAP" con decorrenza dal 04/05/2022 al 31/12/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ✓ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  CRM COOPERATIVA SOCIALE ONLUS – EDUCATORE IN CDI ANZIANI SERVIZIO ACCREDITATO AL SSN

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  - EDUCATORE PROFESSIONALE PRESSO CDI ANZIANI
  - PSICOLOGO LIBERO PROFESSIONALE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 2/04/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO PRACCHI ANDREA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI

AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a PRINI CHIARA
nato/a a MILANO il 27/07/1981 C.F. PRNCHR81L67F205R
residente a _____ Via _____ Tel _____
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO LIBERO PROFESSIONALE A N°1 EDUCATORE PROFESSIONALE O TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA con decorrenza dal 1/01/18 al 31/12/2018

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 2/01/2018 IL DICHIARANTE Chiara Prini

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:
☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☑ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengano presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a PRINI CHIARA
nato/a a MILANO il 26/04/1981 C.F. PRNCHR81L66F205R
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA NELL'AMBITO DEI PROGRAMMI INNOVATIVI DELLA SALUTE MENTALE con decorrenza dal 1/01/19 al 31/12/19

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [X] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 16/01/19 IL DICHIARANTE C. Prini

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 16.01.19 *Firma del dipendente* [signature]

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Vimercate

U.O.C. Risorse Umane

QD_ENT_201710_116118

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a PRUNI CHIARA
nato/a a MILANO (MI) il 26/07/1984 C.F. PRNCHR84L66F205E
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
EDUCATORE PROFESSIONALE O TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA NELL'AMBITO DEI PROGETTI INNOVATIVI REGIONALI con decorrenza dal 01/01/21 al 31/12/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☑ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 07/01/2021

IL DICHIARANTE Chiara Pruni

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a QUADRINI FEDERICA
nato/a a BRESCIA il 16/11/1984 C.F. QDRFRC84S56B157G
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LIBERO PROFESSIONISTA per l'attività di MEDICO per la sorveglianza in funzione dell'epidemia COVID-19 con decorrenza dal _____ al 31/12/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
Medico Competente Libero Professionista in enti privati (vedi curriculum)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 28/10/2020 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a FEDERICA QUADRINI
nato/a a [redacted] il [redacted] C.F. [redacted]
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO nella DISCIPLINA di MEDICINA del LAVORO
con decorrenza dal 12/03/20 al 11/09/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [ ] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [x] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
MEDICO del LAVORO - COLLABORATORE PROFESSIONALE a TITOLO GRATUITO presso S.C. MEDICINA del LAVORO, OSPEDALE di DESIO - ASST MONZA.

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
MEDICO COMPETENTE LIBERO PROFESSIONISTA delle seguenti ditte: ASCOPLAST, FUTURA PLAST, G2 SERVICE, HST, SOFFIPLAST, ZETA BI PLAST, ZIBER PLAST, SERVIZI ITALIA sedi TRIVOLZIO - BARBARIGA - PODENZANO - PIACENZA, EY sedi BRESCIA - BERGAMO, EY ADVISORY sede BRESCIA, CRM cooperatori sociali.

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 12/03/2020 IL DICHIARANTE Federica Quadrini

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15. C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutive di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CARLO ALBERTO QUARTA
nato/a a MILANO il 22/11/1993 C.F. QRTCLL 93S22F205S
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO LIBERO PROFESSIONISTA DA ASSEGNARE ALLO UOPD CURE SUBACUTE
con decorrenza dal 1 al

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 29/10/2019 IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagine
Dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o alle titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione allo svolgimento di attività professionali ai sensi dell'art. 15, c. 1, lett. c), del d.lgs. 33/2013	09/10/2017	01	Pagina 1 di 1

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a RADAELLI LORENZO nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) MEDICO VACCINATORE PRESSO CVM VIMERCATE con decorrenza dal 20/01/2022 al 31/05/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ✓ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26/05/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO RADAELLI LORENZO

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a RADAELLI SAUL
nato/a a _____ Il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO - VACCINATORE LP
con decorrenza dal 21/05/2021 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

SOST. CONTINUITÀ ASSISTENZIALE
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 21/05/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 21/05/2021 *Firma del dipendente* _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a RIBOLDI LUIGI CARLO
nato/a a MILANO il 24-4-50 C.F. RBLLCR50D24 F205Z
residente a [redacted] tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LIBERO PROFESSIONISTA
con decorrenza dal 1/7/19 al 30/6/20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

ASST NORD MILANO
ASST MELEGNANO

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 3/7/19 IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengano presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a RIBICE LUIGI CARLO
nato/a a MILANO il 24/11/50 C.F. RBC CLR 50S24 F205 2
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO SPECIALISTA OST - 6/h
con decorrenza dal 1/11/18 al 30/6/19
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
LIBERO PROFESSIONISTA + ASST MODO MILANO
ASST VIMERCATE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data: MILANO 13/7/18

Firma (per esteso e leggibile)

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SARA RAGAZZO
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico):
TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA
con decorrenza dal 01.01.2022 AL 31.12.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

□di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

□ di non svolgere attività professionale;

☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione)

- TNPEE PRESSO CENTRO PRIVATO ACCREDITATO DON GNOCCHI – CENTRO S. MARIA AL CASTELLO PIAZZA CASTELLO 20-22 PESSANO CON BORNAGO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 17.03.2022 **IL DICHIARANTE F.TO SARA RAGAZZO**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SARA RAGNO

nato/a a _____

residente a _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

_____

con decorrenza dal 12/04/2021 al 31/12/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

INPEC PRESSO CENTRO PRIVATO - ~~CENTRO [illegible]~~ ACCREDITATO DON GNOCCHI- CENTRO S MARIA AL CASTELLO PIAZZA CASTELLO, 20-22, PESSANO CON BORNAGO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 17/03/2021 **IL DICHIARANTE** Sara Ragno

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Vimercate

U.O.C. Risorse Umane

QD_ENT_201710_116118

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a RAMACCIONI VALERIA MARIATERESA
nato/a a MILANO il 20/10/62 C.F. RMCVRM62R60F205K
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO LIBERO - PROFESSIONALE: MEDICO REUMATOLOGO CON DEGENZE IN DS /REUMATOLOGIA MEDICINA/VIMERCATE con decorrenza dal 3/07/20 al 2/03/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

PEDIATRA PRESSO CENTRI PRIVATI POLISPECIALISTICI:
- CAB NERVIANO & BARLASSINA
- ENSALUS LECCO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26/02/20 IL DICHIARANTE Valeria Ramaccioni

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione allo svolgimento di attività professionali ai sensi dell'art. 15, c. 1, lett. c), del d.lgs. 33/2013	03/10/2017	01	Pagina 1 di 1

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a RANCIANI VALERIA MARIATERESA

nato/a a

residente a

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO DI NATURA LIBERO PROFESSIONALE PER L'U.O. FISIATRIA: DEFINIZIONE SPECIALISTICA IN MEDICINA con decorrenza dal 3/3/21 al 2/3/22

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
ATTIVITÀ AMBULATORIALE PRESSO CENTRI POLISPECIALISTICI PRIVATI: - CENTRO ANALISI BARZANÒ (LC)
- SINSALUS (LECCO)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 1/3/21 IL DICHIARANTE Valeria Ranciani

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a RAMACCIONI VALERIA MARIATERESA
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico):
INCARICO DI NATURA LIBERO PROFESSIONALE – MEDICO SPECIALISTA IN PEDIATRIA
con decorrenza dal 03.03.2021 AL 02.03.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

□di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

□ di non svolgere attività professionale;

☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione)

- ATTIVITA' AMBULATORIALE PRESSO CENTRI POLIDIAGNOSTICI PRIVATI:
- - CENTRO ANALISI BARZANO'
- -ENSALUS- LECCO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 01.03.2021 **IL DICHIARANTE F.TO VALERIA MARIA TERESA RAMACCIONI**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Sheylla Yasmin Yajaira Ramos Aguirre

nato/a a _____

residente a _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

Libera Professione PER ATTIVITA DI INFERMIERE PER L'ATTUAZIONE DEL PIANO DI SOMMINISTRAZIONE DEI VACCINI SARS-COV.

con decorrenza dal 03/06/2021 al 02/09/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

Infermiere ~~presso punti vaccinali~~ IN REPARTO SUB ACUTI PRESSO COOPERATIVA SOCIALE DOLCE PRESSO SEDE DI BOLLATE.

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 28/5/2021 IL DICHIARANTE Sheylla Ramos

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a [redacted]
nato/a a [redacted] il [redacted] C.F. [redacted]
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
[redacted]
con decorrenza dal [redacted] al [redacted]

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [ ] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [x] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data [redacted] IL DICHIARANTE [redacted]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a REDAELLI PIETRO

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE COCOCO

con decorrenza dal 13/05/2021 al 30/06/2021.

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 13/05/2021 **IL DICHIARANTE** Pietro Redaelli

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 13/05/2021 *Firma del dipendente* _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a EDOARDO PERETTI
nato/a a _____ il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO VACCINATORE CO.CO.CO
con decorrenza dal 6/05/2021 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 6/05/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 06/05/2021 ***Firma del dipendente*** _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a VALENTINA NOSEDA

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE CO.CO.CO

con decorrenza dal 6/5/2021 al 30/6/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 6/5/2021 **IL DICHIARANTE** Valentina Noseda

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 06/05/2021 *Firma del dipendente* _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Arsen Malteni

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

Dr Medico Veterinario U.O.C.

con decorrenza dal 14/5/24 al 30/6/24

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 14/5/24 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 14/5/2024 *Firma del dipendente* _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a GIULIA MARI771

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

COCOCO PER ATTIVITA' VACCINALE

con decorrenza dal 23/4/2021 al 30/6/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 23/4/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

- [x] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a VALENTINA MARIANI

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE CO.CO.CO.

con decorrenza dal 29/04/2021 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 29/04/21 **IL DICHIARANTE** Valentina Mariani

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengano presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a DAVIDE MARIA MAGGIONI

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

INCARICO CO.CO.CO Comma MEDICO VACCINATORE

con decorrenza dal 20/4/21 al 30/06/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☒ di non svolgere attività professionale;

☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 20/04/21 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a RUFFO LISA
nato/a a LIMBIATE (MB) il 29.01.72 C.F. RFFLSI72A69E515910
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGA
con decorrenza dal 1-01-19 al 31-12-19

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  Libera Professione c/o Studio Privato

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 7.01.19 IL DICHIARANTE Ruffo

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 7.01.19 *Firma del dipendente*

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Vimercate

U.O.C. Risorse Umane

QD_ENT_201710_116118

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LISA REFFO

nato/a a UMBRIATE il 26/01/72 C.F. RFFLSI72A66L259O

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

di PSICOLOGO nell'AMBITO DEI PROGETTI INNOVATIVI DI S.M. di REGIONE LOMBARDIA con decorrenza dal 3.01.201 31.12.2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (Indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

LIBERA PROFESSIONE COME PSICOLOGA/PSICOTERAPEUTA PRESSO C/O STUDIO PRIVATO CONTABILE di BOVISIO MASCIAGO (MB)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data _____ IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione allo svolgimento di attività professionali ai sensi dell'art. 15, c. 1, lett. c), del d.lgs. 33/2013	03/10/2017	01	Pagina 1 di 1

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a REFFO LISA nato/a a _____ il _____

_____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) PSICOLOGA CONSULENTE PER IL PROGETTO REGIONALE SALUTE MENTALE con decorrenza dal 01/01/2021 al 31/12/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE COME PSICOTERAPEUTA C/O STUDIO DI PSICOLOGIA IN BOVISO M. – MB-

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/12/2020 **IL DICHIARANTE** F.TO REFFO LISA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LISA REFFO
nato/a a LECCO il 24.01.72 C.F. RFFLSI72A64E507D
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
DIRIGENTE PSICOLOGO c/o CPS

con decorrenza dal 11/7/22 al _____

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
Progetto Supervisione Personale Salute Mentale c/o UONPIA - ASST Brianza
dal 1/01/2022 al 31/12/2022

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
Attività Libero Professionale c/o Studio Privato

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 21.7.2022 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MARISA REGINA

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE L.P.

con decorrenza dal 21/5/2021 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 21/5/21 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ROSALBA RENZETTI
nato/a a NAPOLI il 9-11-61 C.F. RNZ RLB 61S49F839L
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MAESTRO di PILATES - LIB. PROF
con decorrenza dal _____ al _____

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
ONLUS FOND. Don S. Caccia OSTETRICA LIB. PROF
Humanitas PIOX MILANO - MAESTRO di PILATES
LIB. PROF.

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26.10.18 IL DICHIARANTE Rosalba Renzetti

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [X] *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*
Data 26.10.18 *Firma del dipendente* Rosalba Renzetti
- [ ] *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a DAVIDE RESNATI

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE CO-CO-CO

con decorrenza dal 11/5/2021 al 30/6/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 11/5/21 **IL DICHIARANTE** Daniele Resnati

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 11/05/2021 ***Firma del dipendente*** _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

☒/la sottoscritto/a RIFINO ANNAMARIA
nato/a a BARI il 21/05/1993 C.F. RFNNMR93E61A662Q
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INFERMIERE LIBERO PROFESSIONISTA PER EMERGENZA COVID 19
con decorrenza dal 17/04/2020 al 16/10/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 16/04/2020 IL DICHIARANTE Rifino Annamaria

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a RIGAMONTI ANNALISA

nato/a ERBA il 06/05/1992 C.F.RGMNLS92E46D416Q

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO SPECIALIZZANDO IN MEDICINA DI EMERGENZA URGENZA DA ASSEGNARE AL PRONTO SOCCORSO OSPEDALE DI DESIO

con decorrenza dal 08/07/2022 al 30/09/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

MEDICO SPECIALIZZANDO – SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN MEDICINA DI EMERGENZA URGENZA UNIVERSITA' DEGLI STUDI MILANO-BICOCCA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 03/07/2022 **IL DICHIARANTE Annalisa Rigamonti**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

✓l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a RINALDI LUIGI nato/a a _____ il _____
_____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) ATTIVITA' VACCINALE con decorrenza dal 12/04/2021 al 31/07/2021
sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE DI INFERMIERE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 12/04/2021 **IL DICHIARANTE** F.TO RINALDI LUIGI

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a EDOARDO RIVA
nato/a a LECCO il 06-12-78 C.F. RVI DRD 78T06 E507U
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGO LIBERO PROFESSIONISTA CURE PALLIATIVE VIMERCATE
con decorrenza dal 21/01/19 al

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  Fondazione Monteverdi - Cologno Monzese - psicologo consulente hospice
  LILT - Milano - psicologo consulente

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 21/01/19 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

[X] *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 21/01/19 *Firma del dipendente* [signature]

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a EDOARDO RIVA

nato/a a LECCO il 06/12/78 C.F. RVLDRD78T06E507U

residente a [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

PSICOLOGO LIBERO PROFESSIONISTA CURE PALLIATIVE

con decorrenza dal 15/01/18 al 14/12/18

sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

Hospice Colapso Monza

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:

Vimercate 13/07/18

Firma
(per esteso e leggibile)

Edoardo Riva

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ALESSANDRA ROPPASOLA
nato/a a
residente a
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO U.O.P. DI CURE PALLIATIVE IN QUALITA' DI PSICOLOGO
con decorrenza dal 07/06/2021 al 06/06/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

ASSOCIAZIONE ONLUS "PANEROPPADO AUTO" VIA AKBROSINI N°1, MONZA
STUDIO PROFESSIONALE PRIVATO VIA PIALERA N°67, SEDA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 20/05/2021 IL DICHIARANTE Alessandra Roppasola

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ROSAPANE DANIELE
nato/a a CERO il 02/07/1985 C.F. RSPDNL85L02CC933B
residente a [redacted] Via [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LIBERA PROFESSIONE PSICOLOGO PROGETTI INNOVATIVI
SALUTE MENTALE con decorrenza dal 1/1/19 al 31/12/19

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
PSICOLOGO PRESSO COOPERATIVA SOCIALE OASIS IPPOGRIFO - MOGGIO' (LC)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 7/1/19 IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 7/1/19 *Firma del dipendente*

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Vimercate

U.O.C. Risorse Umane

QD_ENT_201710_116118

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ROSAPANE DANIELE
nato/a a NOVA il 02/09/1982 C.F. RSPDNL82P02C933B
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGO - DISCIPLINA PSICOTERAPIA PROGETTI INNOVATIVI SALUTE MENTALE - NPIA con decorrenza dal 01-01-2018 al 31-12-2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

PSICOLOGO - COOPERATIVA SOLIDALE ONLUS
VARO GRIFO - MOGGIO' (LC)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 27/12/2017 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione allo svolgimento di attività professionali ai sensi dell'art. 15, c. 1, lett. c), del d.lgs. 33/2013	03/10/2017	01	Pagina 1 di 1

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a [illegible] nato/a a [illegible] il 02/07/1979 C.F. [illegible]

residente a [illegible] Via [illegible] Tel. [illegible]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

PSICOLOGO DELLA SOCIETÀ DI PSICOTERAPIA PROGETTI INNOVATIVI SALUTE MENTALE - BUSTO ARSIZIO con decorrenza dal 1/1/2018 al 31/12/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

PSICOLOGO - COOPERATIVA SOCIALE ONLUS IPPOGRIFO - MEDA (MB)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 27/12/2017

IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ROSAPANE DANIELE
nato/a a COMO il 02/07/1978 C.F. RSPDNL78L02C933S
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGO PROGETTI INNOVATIVI SALUTE MENTALE
con decorrenza dal 01/01/21 al 31/12/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
PSICOLOGO PRESSO COOPERATIVA SOCIALE ONLUS
IPPOGRIFO (MUGGIÒ)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30/12/2020 **IL DICHIARANTE** Daniele Rosapane

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ROSAPANE DANIELE nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) N°3 PSICOLOGI CPS DELIBERA 876 DEL 23/11/2021 con decorrenza dal 01/01/2022 al 31/12/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  DOCENTE PRESSO L'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO CON CONTRATTO LIBERO PROFESSIONALE

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  PSICOLOGO IN COOP. SOCIALE ONLUS IPPOGRIFO MUGGIO' (MB)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 02/02/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO ROSAPANE DANIELE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ROSSI ADRIANO

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE CC.CO.CO

con decorrenza dal 17/05/2021 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [X] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 17/05/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

- [X] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MASSIMO ROSSI
nato/a a MILANO il 5/5/82 C.F. RSSMSM82E05F205K
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO CHIRURGO in OCCASIONE dell' EMERGENZA COVID-19
con decorrenza dal 24/4/2020 23/10/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
INTERVENTISTA SPINALE e PUNTO-SCHEDE TWO PRESSO CENTRO TRAUMATOLOGICO DI VIA STELLE ALPINE LO CALICANTO BRIANZA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 1/4/2020 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:
☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ROSSI RITA STELLA

nato/a a VIMERCATE il 04/12/1970 C.F. RSSRST70T44M052X

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

CASE DI COMUNITA'

con decorrenza dal 01/07/2022 al 31/12/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

VISITE GINECOLOGICHE ED ECOGRAFIE GINECOLOGICHE PRESSO POLIAMBULATORIO MEDISAN A VILLASANTA E CAB POLIDIAGNOSTICO AD ARCORE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30/06/2022 **IL DICHIARANTE "F.TO RITA STELLA ROSSI"**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

✓*l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a ROSSI RITA STELLA

nato/a a VIMERCATE, il 04/12/1970, C.F. RSSRTS70T44H052X

residente a [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

LIBERO PROFESSIONALE

con decorrenza dal 1/08/2017 al 31/07/2019

sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

di non svolgere attività professionale;

di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

- CONTRATTO DI LIBERA PROFESSIONE C/O LA FONDAZIONE MONZA E BRIANZA PER IL BAMBINO E LA SUA MAMMA
- ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE C/O COOPERATIVA MEDISAN

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:

BIASSONO, 23 OTTOBRE 2017

Firma
(per esteso e leggibile)

Rita Stella Rossi

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ROSSI NITA STELLA

nato/a a __

residente a __

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

INCARICO LIBERO PROFESSIONALE

con decorrenza dal 1/8/2021 al 31/7/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

CONTRATTO DI LIBERA PROFESSIONE PRESSO LA FONDAZIONE MONZA e BRIANZA PER LI BAMBINI E LA SUA MAMMA E ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE PRESSO CENTRO POLIDIAGNOSTICO MEDISAN

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 2/8/2021 **IL DICHIARANTE** Rossi Stella Rossi

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

- [ ] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ROSSI RITA STELLA

nato/a a VIMERCATE il 04/12/1970 C.F. RSSRST70T44M052X

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di PROGETTO "PROMUOVERE E FAR CRESCERE IL CONSULTORIO"

con decorrenza dal 13.07.2022 al 12.07.2023

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

VISITE GINECOLOGICHE ED ECOGRAFIE GINECOLOGICHE PRESSO POLIAMBULATORIO MEDISAN A VILLASANTA E CAB POLIDIAGNOSTICO AD ARCORE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 13/07/2022 **IL DICHIARANTE "F.TO RITA STELLA ROSSI"**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

✓*l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a COTUGNO LAURA
nato/a a MILANO il 29/03/81 C.F. CTNLRA81C69F205L
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO LIBERO PROFESSIONALE A MEDICO SPECIALISTA in REUMATOLOGIA
con decorrenza dal 10/05/2020 al 09/05/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

[X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

[ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

[ ] di non svolgere attività professionale;

[Y] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

MEDICO REUMATOLOGO LIBERO PROFESSIONISTA c/o:
- CENTRO MEDICO SANT'AGOSTINO - S. San Giovanni a Milano
- CENTRO POLISPECIALISTICO PACINI - Milano

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 08/05/2020 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

[X] *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

[ ] *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LOTUNNO LAURA
nato/a a MILANO il 29/03/81 C.F. RTNLRA81C69F205L
residente a [redacted] (MI) Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO REUMATOLOGO IN LIBERA PROFESSIONE
con decorrenza dal 10/05/13 al 09/05/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
INCARICO LIBERO PROFESSIONALE MEDICO REUMATOLOGO c/o IRCCS ISTITUTO ORTOPEDICO GALEAZZI, dal 01/04/2019 a tempo indeterminato

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

☒ di non svolgere attività professionale;

☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
MEDICO REUMATOLOGO LIBERO PROFESSIONISTA c/o:
- CENTRO MEDICO SANT'AGOSTINO DI SESTO SAN GIOVANNI E A MILANO
- CENTRO POLISPECIALISTICO PACINI A MILANO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 08/05/2019 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 08/05/2019 *Firma del dipendente* [signature]

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a ROTUNNO LAURA
nato/a a MILANO il 29/03/81, C.F. RTNLRA81C69F205L
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) MEDICO LIBERO PROFESSIONISTA MEDICINA INTERNA REUMATOLOGIA con decorrenza dal 23/03/18 al 23/03/19
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

_ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

_ di non svolgere attività professionale;

Y di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
BORSA DI STUDIO c/o ASST G. PINI-CTO di MILANO
(dal 15/11/17 al 15/11/18)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:
VIMERCATE, 23/03/18

Firma (per esteso e leggibile)

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ROTUNNO LAURA

nato/a a _____

residente a _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

INCARICO LIBERO PROFESSIONALE a MEDICO SPECIALISTA IN REUMATOLOGIA

con decorrenza dal 10/05/2021 al 09/05/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

MEDICO REUMATOLOGO C/O:
- IRCCS ISTITUTO ORTOPEDICO GALEAZZI
- CENTRO MEDICO SANTAGOSTINO - CENTRO POLISPECIALISTICO PACINI

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 10/05/2021 **IL DICHIARANTE** Laura Rotunno

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

No [X] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 10/05/2021 *Firma del dipendente* _____

[X] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ROTUNNO LAURA nato/a a _____ il _____

_____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) INCARICO LIBERO PROFESSIONALE PER 54/SETT. AMBULATORIO DI REUMATOLOGIA con decorrenza dal 20/05/2022 al 19/05/2023

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ✓ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  INCARICO LIBERO PROFESSIONALE C/O U.O. DI REUMATOLOGIA DI IRCCS ISTITUTO ORTOPEDICO GALEAZZI DAL 4/2019 A TEMPO INDETERMINATO (25 ORE/SETT.)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  MEDICO REUMATOLOGO L.P. C/O:
  - CENTRO MEDICO SANTAGOSTINO – SOCIETA' E SALUTE SPA
  - CENTRO POLISPECIALISTICO PACINI

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 20/05/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO ROTUNNO LAURA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ROSARIA DANIELA
nato/a a [redacted] il 13/02/70 C.F. [redacted]
residente a [redacted] Via [redacted] Tel [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
ODONTOIATRA IN AMBULATORIO ODONTOIATRA SPECIALE
con decorrenza dal 13/03/19 13/2/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [ ] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  TITOLARE DI STUDIO
  CONSULENTE LEGALE DEL FILO D'ORO ONLUS

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 13/3/19

IL DICHIARANTE

presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:
a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto

a _____ *Firma del dipendente* _____

Istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e o)

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ROMANO DANIELA
nato/a a [redacted] il 23/7/90 C.F. RMN DNL 90L63 F4 06 C
residente a [redacted] Via [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
ODONTOIATRA AMBULATORIO ODONTOIATRIA SPECIALE
con decorrenza dal 23/9/19 al 23/09/20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

TITOLARE STUDIO ODONTOIATRICO
CONSULENTE LEGA DEL FILO D'ORO LESMO (MB)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 19/9/19

IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ROVARON DANIELA

nato/a a LODI il 23/07/73 C.F. RVRDNL73L63E648C

residente a [redacted] in [redacted] Tel. [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

ATTIVITÀ DI ODONTOIATRA AMBULATORIALE O SPECIALISTICA

con decorrenza dal 23/8/10 al 23/02/25

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

CONSULENTE LEZA DEL FILO D'ORO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

a 23/03/17

IL DICHIARANTE

presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:
a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto

Firma del dipendente

'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengano presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e)

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ROSARIO DANIELA
nato/a a ROMA il 23/02/70 C.F. RSR DNL 70B63 H501C
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
ASSUNTA DI ODONTOIATRA ATTIVITÀ ODONTOIATRICA SPECIALE
con decorrenza dal 20/3/18 al 23/7/20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgerè incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
CONSULENTE LEGALE DEL FIGLIO D'ARTE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

a 27/7/18

IL DICHIARANTE

resente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:
a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto

Firma del dipendente

'istenza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e)

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ROVARON DANIELA
nato/a a TONIA il 23/8/1970 C.F. RVRDNL70M63L304C
residente a CORREZZANA (MB) Via DON GIUSSANI 10 Tel. 3336/032335
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO LIBERO PROFESSIONALE 16 ORE ODONTOIATRIA SPECIALE DEL 12/03/2021
N° 143 DEL 12/3/2021 con decorrenza dal 15/3/21 al 14/3/2022
N°-Ass.V-2021-0026115 DEL 15/3/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☑ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  OSPEDALE SAN GERARDO TONA
  ODONTOIATRIA SPECIALE INCARICO LIBERO PROFESSIONALE

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  ODONTOIATRIA SPECIALE ASSOCIAZIONE ONLUS LOCA FILO D'ORO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 15/3/2021 IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a DANIELA RUINONI
nato/a a MONZA il 23/7/70 C.F. RNDNL70L63F704C
residente a COLNAGO (MB) Via DON GNOCCHI, 10 Tel. 333/6103734
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO LIBERO PROFESSIONALE C/O CENTRO DI CHIRURGIA BARIATRICA
AZIENDA SPEDALE con decorrenza dal 23/3/21 al 08/3/22 NOTA PROT. N. 155.V - del 1-0004198

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

ASST MONZA INCARICO LIBERO PROFESSIONALE

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

ATTIVITÀ PROFESSIONALE C/O STUDIO DI PROPRIETÀ
CONSULENZE LIBERI PROFESSIONALI C/O LEGATI ODV ONLUS

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 11/3/2021 IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BONARDI DANIELA
nato/a a ROMA il 23/2/70 C.F. RDNDNL70B63H501C
residente a CORNEDO (MB) Via DON GIUSSANI 10 Tel. 3336103234
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO LIBERO PROFESSIONALE DI ALTA SPECIALITÀ DELIBERA N°143 DEL 8/3/2021
ODONTOIATRIA SPECIALE con decorrenza dal 15/3/2021 al 14/3/2022
N. ASST VI - 2021 0008123 DEL 15/3/2021,

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☑ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  OSPEDALE SAN GERARDO MONZA
  ODONTOIATRIA SPECIALE INCARICO LIBERO PROFESSIONALE

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  ASSOCIAZIONE ONLUS LEGA DEL FILO D'ORO
  ODONTOIATRIA SPECIALE INCARICO LIBERO PROFESSIONALE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 15/3/2021 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a RUBAU RAFFAELLA

nato/a a MONZA il 7/7/67 C.F. RRLRFL67L47F704S

[redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

incarico di natura libero professionale nella disciplina di Psicologo

con decorrenza dal 1/7/19 al 30/6/20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [ ] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [x] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

incarico libero professionale in qualità di psicologa c/o casa di riposo S. Giuseppe onlus Caronno (VA)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 1/7/19

IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a BURAU RAFFAELLA
nato/a a MONZA il 7/7/62 C.F. BRLRFL62L47F704S
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
Psicologa
con decorrenza dal 1/7/18 al 20/6/19

sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [ ] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [x] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  CASA di RIPOSO SAN GIUSEPPE onlus CASNIGO (PSICOLOGA)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:
VIMERCATE, 25/6/18

Firma
(per esteso e leggibile)

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SACCANI SERGIO nato/a a _____ il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) _____ con decorrenza dal 30/06/2021 al 30/06/2022
sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  STUDIO DENTISTICO DOTT. SACCANI SERGIO VIA MAZZINI 4 PADERNO D.

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 27/05/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO SACCANI SERGIO

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SALA SUSANNA

nato/a a MONZA (MB) il 01/02/1980 C.F. SLASNN80B41F704Z

[redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

PSICOLOGO SPECIALISTA in PSICOTERAPIA

con decorrenza dal 01/07/2018 al 30/06/20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 28/06/18 IL DICHIARANTE Susanna Sala

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 28/06/18 *Firma del dipendente* [signature]

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a SALA SUSANNA

nato/a a MONZA, il 01/02/1980 C.F. SLA SNN 80B41 F704Z

residente a [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

PSICOLOGO NELLA DISCIPLINA DI PSICOTERAPIA

con decorrenza dal 01/04/18 al 30/06/19

sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

X di non svolgere attività professionale;

di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:

Vimercate, 12/06/18

Firma
(per esteso e leggibile)

Susanna Sala

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SALA FEDERICA

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

INFERMIERE CO.CO.CO. PER ATTIVITA' VACCINALE

con decorrenza dal 30/04/2021 al 31/07/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

INFERMIERE PRESSO STUDIO MEDICO PRIVATO

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30/04/2021 **IL DICHIARANTE** FEDERICA SALA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 30/04/2021 ***Firma del dipendente*** _____

- [ ] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SALA GIUDITTA nato/a a _____ il _____
_____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) INFERMIERE VACCINATORE LP con decorrenza dal 27/05/2021 al 31/07/2021
sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  INFERMIERE ADI

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 27/05/2021 **IL DICHIARANTE** F.TO SALA GIUDITTA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a Faiez Saleh

nato/a a Mash-had (ISRAELE), il 03/03/1952, C.F. SLHFZA52C03Z226M

residente a [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

Medico Specialista in dermatologia e venereologia

con decorrenza dal 01/07/18 al 30/06/19

sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

Medico specialista in dermatologia presso studi polispecialisti privati

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:
Sesto San Giovanni, 11/10/18

Firma
(per esteso e leggibile)
Faiez Saleh

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MONICA SACCO

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE COCO

con decorrenza dal 12/07/21 al 30/09/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 09/07/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SALVATORI MATTIA nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) MEDICO VACCINATORE con decorrenza dal DICEMBRE 2021 al GIUGNO 2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ✓ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26/05/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO SALVATORI MATTIA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Santagati Alice Angela Francesca nato/a a Catania il 23/08/1993 C.F. SNTLNG93M63C351P residente a Monza Via Lecco 88 Tel.3428496210 in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) Medico Vaccinatore con decorrenza dal 20/12/2021 al 30/06/2022.

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

X di non svolgere attività professionale;

☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data Monza 30/05/2022 **IL DICHIARANTE** 

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data Monza 30/05/2022 ***Firma del dipendente*** 

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a IACOPO SANTAMBROGIO

nato/a a _____

residente a _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO PSICHIATRA

con decorrenza dal 15/6/2021 al 14/6/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

PSICHIATRA LIBERO PROFESSIONISTA C/O FONDAZIONE ASFRI ONLUS A.S.F.R.I. MEDICO DI CAMPO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 8.6.21 IL DICHIARANTE Iacopo Santambrogio

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 8.6.21 *Firma del dipendente* Iacopo Santambrogio

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SANTAMBROGIO JACOPO nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) INCARICO LIBERO PROFESSIOANLE COME MEDICO PSICHIATRA con decorrenza dal 08/06/2021 al 07/06/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ✓ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  FONDAZIONE ADELE BONOLIS AS.FRA. DI VEDANO AL LAMBRO PSICHIATRA LIBERO PROFESSIONALE

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  PSICHIATRA LIBERO PROFESSIONALE C/O STUDIO PRIVATO CON SEDE IN MILANO VIA L. DI CREDI 3

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 08/06/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO SANTAMBROGIO JACOPO

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a IACOPO SANTAMBROGIO

nato/a a CARATE BRIANZA il 13/11/86 C.F. SNTJCP86S13B928W

residente a ____ in ____ Via ____ Tel. ____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

INCARICO DI BORSA PROFESSIONALE CON PSICOLOGIA CLINICA

con decorrenza dal 13/6/2022 al 12/6/2023

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

- FONDAZIONE OSPEDALE BOSELLI ASPELA DI VEDANO AL LAMBRO
- PSICOLOGIA C.P.

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

PSICOLOGIA C.P. C/O STUDIO PRIVATO CON SEDE IN VIA MILANO VIA L. DA VINCI, 2

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 5 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione

Data 20/6/2022 IL DICHIARANTE Iacopo Santambrogio

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 2, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☑ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 20/6/22 *Firma del dipendente* ____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione e allo svolgimento di attività professionali ai sensi dell'art. 15, comma 1, lett. c) del D.Lgs. n. 33/2013	16/02/2021	01	Pagina 1 di 1

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SANVITO IRENE SOFIA nato/a a _____ il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) _____ con decorrenza dal 01/09/2021 al 01/09/2022

Sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  PSICOLOGA L.P. PRESSO ASST MONZA NEL PROGETTO "DIPENDE DA COME MI ABBRACCI"

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  TNPEE IN LIBERA PROFESSIONE PRESSO IL "CENTRO MATERNO INFANTILE TIBODYWORK" DI ARCORE, SITO IN VIA CASATI 201

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 13/08/2021 **IL DICHIARANTE** F.TO SANVITO IRENE SOFIA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SANVITO IRENE SOFIA

nato/a a MONZA il 28/03/1987 C.F. SNVRSF87C68F704A

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA IN LIBERA PROFESSIONE.

con decorrenza dal 1/09/2022 al 31/08/2023

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

Presso il Centro Tibodywork'Institute di Arcore(MB)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 11/08/2022 IL DICHIARANTE F.TO Irene Sofia Sanvito

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☑ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SCACCABAROZZI CHIARA

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE CO.CO.CO.

con decorrenza dal 26/4/2021 al 30/6/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☒ di non svolgere attività professionale;

☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26/4/2021 **IL DICHIARANTE** Chiara Scaccabarozzi

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SCARDINO ANDREA
nato/a a PESARO (PU) il 20/12/1991 C.F. SCRNDR91T20G479L
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO DI LIBERA PROFESSIONE PER ATTIVITA' DI MEDICO DA ASSEGNARE ALLA UOSD BURE SUBACUTI con decorrenza dal 2/5/19 al 1/5/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 2/5/2019 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SCARDINO ANDREA
nato/a a PESARO (PU) il 20/12/91 C.F. SCRNDR91T20G479L
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO LIBERO PROFESSIONISTA IN ENEL SOGENTE
con decorrenza dal 15-10-18 al 1-5-19

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi.

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

SOSTITUZIONI COME MEDICO DI MEDICINA GENERALE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 4/10/18 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [x] *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 4. 10. 18 *Firma del dipendente* [signature]

- [ ] *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a VALENTINA SCOTTI
nato/a a SESTO S. GIOVANNI, il 9-10-78, C.F. SCTVNT78R49I683K
residente a [redacted]
In relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
CONTRATTO LIBERO PROFESSIONALE C/O AMBULATORI CARDIOLOGIA
con decorrenza dal 30/8/18 al 29/8/19
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  C/O CENTRO MEDICO TORRI BIANCHE, C/O TORRI SPORT, C/O CAR VIMERCATE, C/O FITNESS MONTECARLO DI TREZZA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs: 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data: Vimercate, 30/08/18

Firma (per esteso e leggibile) Valentina Scotti

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a VALENTINA SCOTTI

nato/a a SESTO S. GIOVANNI il 9.AR.78 C.F. SCTVNT78R49I736OK

Tel [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO NELLA DISCIPLINA DI CARDIOLOGIA

con decorrenza dal 30.8.18 al 29.8.2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

Cabo Medea Tomi Bicycle, Tomi Sport, CAB Monte (visite cardiologiche a medici sportivi)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26/8/18 IL DICHIARANTE Valentina Scotti

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 26/8/18 *Firma del dipendente* [signature]

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Valentina Scotti
nato/a a Sesto S Giovanni (MI) il 09/10/78 C.F. SCTVNT78R49I690X
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

con decorrenza dal 30/08/2020 al 29/08/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

come già segnalato sopra

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 18/08/2020

IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 18/08/2020 *Firma del dipendente*

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SECONANDI GIORGIO

nato/a a [redacted] il [redacted] C.F. [redacted]

residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

INFERMIERE EMERGENZA COVID-19

con decorrenza dal 11/3/20 al 16/9/20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 13/01/20 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MARIA SILVANA SETTANTA nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) INFERMIERE VACCINATORE LP con decorrenza dal 23/07/2021 al 30/09/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  INFERMIERA PRESSO CLINICA PRIVATAI

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 23/07/2021 **IL DICHIARANTE** F.TO MARIA SILVANA SETTANTA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a SHARIATI MOHAMMAD ALI
nato/a a SHAHREZA IRAN, il 11/10/1950, C.F. SHRMMM51R11Z224U
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
~~PENSIONE~~ CON MEDICO LIBERO PROFESSIONISTA
con decorrenza dal 01/07/2018 al 30/06/2019
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

ASST MONZA MEDICO LIBERO PROFESSIONISTA PER ECO DOPPLER

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data: VIMERCATE 24/07/2018

Firma
(per esteso e leggibile)

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SHARIATI MOHAMMAD Ali

nato/a a SHATTRUOH (LIBANO) il 17/10/1955 C.F. SHR [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

_____

_____ con decorrenza dal _____ al _____

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  INCARICO LIBRO PROFESSIONALE ASST MONZA

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26/06/2019 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 26.06.2019 *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SHARIATI mohammadali
nato/a a SHARIATI IRAN il 17/10/1951 C.F. SHR MMM 51R17 Z224U
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO EFETTUAZIONE ECO DOPPLER
con decorrenza dal 27/07/20 al 26/01/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

STUDIO PRIVATO IN SEDE VIA CARDINAL FERRARI N° 108

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 23/07/2020 IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SHARIATI MOHAMMAD ALI
nato/a a SHARIOD IRAN il 17/10/1951 C.F. SHR MMM 51R17 Z224U
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO EFETTUAZIONE ECO DOPPLER
con decorrenza dal 27/07/20 al 26/01/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

STUDIO PRIVATO IN SEDE VIA CARDINALE FERRARI N° 108

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 23/07/2020 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SIGNORELLI ANDREA
nato/a a ALTAMURA (BA) il 30/11/1992 C.F. SGNNDR92S30A225E
residente a [redacted] Via [redacted] Tel [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INFERMIERE LIBERO PROFESSIONISTA PER EMERGENZA COVID 19
con decorrenza dal 17/4/20 al 16/10/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 17/04/2020 IL DICHIARANTE Andrea Signorelli

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a SIRONI ELISABETTA LUCIA
nato/a a GIUSSANO, il 20/03/83, C.F. SRNLBT83C50E063A
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LIBERA PROFESSIONE
con decorrenza dal 1/3/18 al 28/2/19
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [X] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data: TRIUGGIO
11/03/2018

Firma
(per esteso e leggibile)
Elisabetta Lucia Sironi

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SIRONI VALENTINA
nato/a a CARATE BRIANZA il 11.06.1995 C.F. SRNVNT95H51B729Q
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LIBERO PROFESSIONISTA PER EMERGENZA COVID 19
con decorrenza dal 9.12.2020 al 8.6.2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  GUARDIA MEDICA PRESSO ISTITUTI CLINICI ZUCCHI, CARATE BRIANZA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 9.12.2020 IL DICHIARANTE Valentina Sironi

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SIRONI VALENTINA

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO PER ATTIVITÀ PRESSO U.O.C. CURE SUBACUTE

con decorrenza dal 1.08.2021 al 31.07.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26.07.2021 **IL DICHIARANTE** Valentina Sironi

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

- [ ] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SMORTA VERONICA
nato/a a DESIO il 09/03/1990 C.F. SMRVNC90C49D286B
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
incarico libero professionale nel progetto mataxa- città della salute
con decorrenza dal 01/09/2022 al 31/08/2025

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazioneEnte/società/
Attività libero prfessionale sul territorio, assistenza domiciliare infermieristica

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 18/07/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO VERONICA SMORTA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Solinas Marcello

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) Medico Vaccinatore CO.CO.CO.

con decorrenza dal 02/12/2021 al 31/12/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ✓ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 02/12/2021 **IL DICHIARANTE F.TO Solinas Marcello**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a [illegible]
nato/a a [illegible] il 22/8/7 C.F. [illegible]
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
[illegible]
con decorrenza dal 1/6/15 al 31/03/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

X di non svolgere attività professionale;

☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

[illegible]

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30/5/18 IL DICHIARANTE [illegible]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Vimercate

U.O.C. Risorse Umane

QD_ENT_201710_116118

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a SORDO VINCENZO

nato/a a NAPOLI il 28/8/71, C.F. SRDVCN71M28F839T

residente a [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

L.B. MED ORC

con decorrenza dal 1/6/18 al 31/5/19

sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [ ] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

TRASPORTO - O.N.G. - AMICI FOR - LIBERA PROFESSIONE

SONO ODONTOIATRA VOLONTARIA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:

VIMERCATE 1/6/18

Firma
(per esteso e leggibile)

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LORENZA SOLDO
nato/a a [illegible] il 28/8/1971 C[redacted]
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
DI DIRIGENTE MEDICO-PROFESSIONE PER L'UNITÀ OPERATIVA DI MEDICINA
con decorrenza dal 1/6/2020 al 31/5/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
THERAPIA, AMBULATORIO SPA, STUDIO DOTT. PIDEMONTE QUARTO, MEDICO DI MEDICINA GENERALE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 1/6/2020 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a GIULIA SARA
nato/a a
residente a
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LIBERA PROFESSIONE FARMACISTA
con decorrenza dal 05/01/2021 al 04/01/2024

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ✓ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 04/01/2021 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a Spanò Francesca

nato/a a Como, il 30/10/1984, C.F. SPNFNC84R70C933Q

residente a [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

INCARICO LIBERO PROFESSIONALE / PSICOLOGA

con decorrenza dal 01/01/2017 al 31/12/2017

sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

PSICOLOGA PSICOTERAPEUTA LIBERA PROFESSIONISTA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data: Opera, 31/10/2017

Firma
(per esteso e leggibile)

Francesca Spanò

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Spinello Martina
nato/a a Segrate (MI) il 04/03/1995 C.F. SPNMTN95C44I577T
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di Cesano Maderno (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
Come TNPEE libero professionista nell'ambito dei progetti innovativi di salute mentale

con decorrenza dal _____ al 31/12/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

Impiegata come TNPEE presso "La Prateria" Soc. coop Soc. Onlus, struttura accreditata con il SSN.
Libera professionista come TNPEE presso lo studio privato LogoMirabello (Via A. Colautti 1, Milano) e presso lo studio privato ConTatto (Via XXV aprile, Senago).

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 16/08/2022 **IL DICHIARANTE** Spinello Martina

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Vimercate

U.O.C. Risorse Umane

QD_ENT_201710_116118

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a STEFANELLI ANNA ILARIA VALENTINA

nato/a a MAGUE il 19/11/1986 C.F. STFNLR86S59E815W

residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

INCARICO LIBERO PROFESSIONALE COME PSICOLOGA NELL'AMBITO DEI PROGRAMMI INNOVATIVI IN SALUTE MENTALE con decorrenza dal 01/01/2019 al 31/12/2019

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

ATTIVITÀ CLINICA PRIVATA COME LIBERO PROFESSIONISTA

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 07/01/2019 IL DICHIARANTE Maria Stefanelli

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 7/1 *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI

AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a STEFANEW ANNA LUISA VALENTINA
nato/a a [illegible] il 13/11/1966 C.F. STFNLS66S53E463W
residente a [illegible] Via [illegible] Tel. [illegible]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGO LIBERO PROFESSIONISTA NELL AMBITO DEI PROGETTI INNOVATIVI DI SALUTE MENTALE con decorrenza dal 01/01/20 al 31/12/20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

Attività clinica privata occasionale

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30/12/2019 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a STEFANELLI ANNA ILARIA VALENTINA
nato/a a MAGLIE il 19/11/1982 C.F. STFNLR82S59E815W
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGA LIBERO-PROFESSIONISTA per PROGETTO INNOVATIVO REGIONALE GIOVO
con decorrenza dal 01/01/2021 al 31.12.2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
ATTIVITA' LIBERO-PROFESSIONALE presso STUDIO PRIVATO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/12/2020 IL DICHIARANTE A. Maria V. Stefanelli

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 31/12/2020 *Firma del dipendente* A. Maria V. Stefanelli

[X] *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a STEFANELLI ANNA ILARIA VALENTINA
nato/a a _____ il _____
C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) INCARICO DI NATURA LIBERO PROFESSIONALE PER LE ATTIVITA' DI PSICOLOGO con decorrenza dal 01/01/2022 al 31/12/2022

Sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  PSICOLOGA L.P. PRESSO ASST MONZA NEL PROGETTO "DIPENDE DA COME MI ABBRACCI"

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  LIBERA PROFESSIONE PRESSO STUDIO PRIVATO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/12/2021 **IL DICHIARANTE** F.TO VERONICA TRESOLDI

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MARIA GRAZIA STELLA
nato/a a ISERNIA il 24/03/1993 C.F. STLMGR93C64E335U
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO VACCINATORE CON CONTRATTO LP
con decorrenza dal _____ al _____

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 10/05/21 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CARA CIVICCHI

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE L P

con decorrenza dal 11/06/2021 al 31/07/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

MEDICO DI GUARDIA MEDICA ATS LECCO

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 11/06/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a LAURA TACCHINI
nato/a a CHIAVENNA, il 13/05/1977, C.F. TCCLRA 77P57 C623E
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
CONTRATTO L.P. MEDICO CURE PALLIATIVE
con decorrenza dal 23/04/2018 al 22/07/2019
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:
VIMERCATE 18/07/2018

Firma
(per esteso e leggibile)

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a [illegible] nato/a a [illegible] il [illegible] C.F. [illegible]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) [illegible]

con decorrenza dal [illegible] al [illegible]

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data [illegible] IL DICHIARANTE [illegible]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione allo svolgimento di attività professionali ai sensi dell'art. 15, c. 1, lett. c), del d.lgs. 33/2013	03/10/2017	01	Pagina 1 di 1

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a TAFUNI DAVIDE

nato/a a ___

residente a ___

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO PS COVID

con decorrenza dal 2/4/21 al 1/7/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

MEDICO VACCINATORE PRESSO ISTITUTI CLINICI ZUCCHI DAL 25/03/21 FINO AL TERMINE DELLA CAMPAGNA VACCINALE

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

MEDICO VACCINATORE PRESSO ISTITUTI CLINICI ZUCCHI

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 25/03/21 **IL DICHIARANTE** ___

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data ___ ***Firma del dipendente*** ___

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a TALSO MICHELE
nato/a a MILANO il 08/05/84 C.F. TLSMHL84E08F205V
residente a [redacted] (Prov. [redacted]) n. [redacted] c.a.p. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO L. P. UROLOGIA
con decorrenza dal _____ al _____
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione.

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
MMAP MEDICA - TRIBIANO ROSA - VISITE AMBULATORIALI

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs: 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:
VIMERCATE, 02/08/2018

Firma
(per esteso e leggibile)

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a TALSO MICHELE,
nato/a a MILANO, il 02/05/1981, C.F. TLS MHL 81E02 F205 V
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO LIBERO PROFESSIONALE DI VIROLOGIA
con decorrenza dal 26/4/18 al 25/4/19
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:
VIMERCATE 24/04/18

Firma
(per esteso e leggibile)

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Vimercate

U.O.C. Risorse Umane

QD_ENT_201710_116118

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SILVIA TAMIAZZO
nato/a a MONZA il 31.10.1982 C.F. TMZSLV82R71F704D
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGIA CLINICA IN AMBITO PERINATALE PRESSO UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA OSPEDALE CARATE con decorrenza dal 18.5.20 al 17.5.'20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
STUDIO PRIVATO ATTIVITA' PSICOTERAPIA IN LIBERA PROFESSIONE SITO IN MACHERIO, VIA COPERNICO, 8

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 18.5.2020

IL DICHIARANTE Silvia Tamiazzo

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 18.5.2020 *Firma del dipendente* Silvia Tamiazzo

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SILVIA TAMIAZZO
nato/a a MONZA il 31/10/82 C.F. TMZSLV82R71F704D
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGO NELLA DISCIPLINA PSICOTERAPIA PRESSO OSPEDALE CARATE BRIANZA
con decorrenza dal _____ al _____

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

ATTIVITÀ PRIVATA DI PSICOTERAPIA

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 1/9/19 IL DICHIARANTE Silvia Tamiazzo

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15. C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SILVIA TAMIA
nato/a a [redacted] il 31/10/82 C.F. TMISLV82R71F704D
residente a [redacted] Via [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
* PSICOLOGA IN PSICOTERAPIA
con decorrenza dal 29.11.18 al 31.3.19

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

VISITE PRIVATE DI PSICOTERAPIA PRESSO STUDIO PRIVATO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 29.11.18 **IL DICHIARANTE** Silvia Tamia

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 29.11.18 *Firma del dipendente* [illegible]

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SILVIA TAMIAZZO

nato/a a

residente a

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
"Attività pediatrica in ambulatorio e fiduciaria ASST Private"

con decorrenza dal 18.05.21 al 17.05.23

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  STUDIO PRIVATO (PEDIATRIA SITO IN MACHERIO, Via Copernico, 8

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 18.5.21 **IL DICHIARANTE** Silvia Tamiazzo

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengano presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CHIARA TERZAGNI

nato/a a GARBAGNATE MIL. il 18/06/82 C.F. TRZCHR82H58D912S

residente a _____ Via _____

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

LIBERA PROFESSIONE PROGETTI INNOVATIVI IN ANESTESIOLOGIA INFERMIERISTICA con decorrenza dal 01/01/20 al 31/12/20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

STUDIO PRIVATO CON SEDE IN SEREGNO (MB) VIA BARASSO 36

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/12/19 IL DICHIARANTE Chiara Terzagni

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 31/12/19 *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CHIARA TERRAGNI
nato/a a GARBAGNATE Mil. il 9/06/1987 C.F. TRRCHR87H59D912S
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGA presso NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
con decorrenza dal 1/01/19 al 31/12/19

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

libera professione presso proprio studio Privato

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 7/01/19 IL DICHIARANTE Chiara Terragni

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CHIARA TERRACINI
nato/a a GARBAGNATE MIL il 19/06/1987 C.F. TRRCHR87H59D912S
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PROGETTI INNOVATIVI SALUTE MENTALE - PSICOLOGO
con decorrenza dal 1/01/2021 al 31/12/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

psicologo presso proprio studio privato

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/12/2020 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a DILETTA TERRUZZI
nato/a a [illegible]
residente a: [illegible]
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO PER EMERGENZA COVID-19
con decorrenza dal 12/4/21 al 11/7/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☑ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  - MEDICO VACCINATORE PRESSO ISTITUTO CLINICO ZUCCHI (22/3/21 - fino cessazione)
  - MEDICO USCA PER ATS MONZA E BRIANZA (24/3/21 - fino necessità)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 27/3/21 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a VINCENZA TESSO
nato/a a NAPOLI il 24/11/1965 c.f. TSSVCN65S64F839T
residente a _____ Via _____ n. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGA CONSULENTE
con decorrenza dal 01/06/2022 al 31/12/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione,
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____ _____
_____ _____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

- COOPERATIVA COMIN - CONTRATTO DIPENDENZA PART-TIME
- LIBERA PROFESSIONE - STUDIO PRIVATO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa.
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 20/05/22 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 2, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a TETTAMANTI GIORGIA
nato/a a _____ il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO VACCINATORE CO.CO.CO.
con decorrenza dal 13/5/2021 al 30/6/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 13/5/2021 **IL DICHIARANTE** Giorgia Tettamanti

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

ASST Brianza

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Tocci Laura

nato/a a Taranto il 26/0871983 C.F. TCCLRA83M66L049I

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
Psicologo nella disciplina di Psicoterapia- U.O.S.D. Psicologia Clinica

con decorrenza dal 1/09/2022 al 31/08/2023

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ **X** di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☐ **X**di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  Studio Libero Professionale presso Associazione Equipe 96 , Corso Isonzo 96 Seveso

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30 Giugno 2021 **IL DICHIARANTE Laura Tocci**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a ELENA TONDELLI
nato/a a MILANO, il 20/3/1983, C.F. TNDLNE83C60F205W
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO SPECIALISTA in UROLOGIA LIB. PROF.
con decorrenza dal 1/6/18 al 10/6/19
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
ATTIVITÀ AMBULATORIALE MEDICO SPECIALISTA in UROLOGIA LIB. PROF. c/o H. S.GIUSEPPE, MILANO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data: VIMERCATE 1/6/18

Firma (per esteso e leggibile) Elena Tondelli

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a FEDERICA TONOLI
nato/a a MILANO il 06/10/1993 C.F. TNLFRC93R46F205A
residente a MASATE (MI) Via VERDI 2/B Tel. 3343303712
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO VACCINATORE
con decorrenza dal 05-12-2021 al 31-05-2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  SOSTITUZIONE MMG - MEDICO RSA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 05/12/2021 **IL DICHIARANTE** F. Tonoli

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 03/12/2021 ***Firma del dipendente*** _____

- [ ] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a TORRISI MIRIAM

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

ATTIVITA' SUPPORTO CAMPAGNA VACCINALE MEDICO SPECIALIZZANDO

con decorrenza dal 15/7/21 al 30/9/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 5/8/2021 IL DICHIARANTE Torrisi Miriam

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengano presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ANTONIETTA TRAPANI
nato/a a _____
residente a _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGO SPECIALISTA NEUROPSICHIATRIA INF.
con decorrenza dal 01.04.2021 al 31.12.2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

PSICOLOGA c/o TUTELA MINORI (COOP. SVILUPPO INSIEME - ONLUS)
PSICOLOGA LIBERO PROFESSIONISTA STUDIO PRIVATO

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 24.03.2021 **IL DICHIARANTE** Antonietta Trapani

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

- [ ] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a TRAPANI ANTONIETTA nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) INCARICO LIBERO PROFESSIONALE IN QUALITA' DI PSICOLOGA con decorrenza dal 01/01/2022 al 31/12/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  PSICOLOGA PRESSO TUTELA MINORI LIBERA PROFESSIONE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 01/01/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO TRAPANI ANTONIETTA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a VERONICA TIRBOLDI

nato/a a MONZA il 26/11/1995 C.F. TRB VNC 95S66F704O

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

LIBERO PROFESSIONISTA - TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITÀ DELL'ETÀ EVOLUTIVA

con decorrenza dal 04.08.21 al 31.12.21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

INCARICO LIBERO PROFESSIONALE PER ATTIVITÀ DI TNPEE PRESSO ASST SPEDALI CIVILI

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 3/02/2021 **IL DICHIARANTE** Veronica Tirboldi

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a VERONICA TRESOLDI nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) LIBERO PROFESSIONISTA – TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA con decorrenza dal 01/01/2022 al 31/12/2022

Sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  PSICOLOGA L.P. PRESSO ASST MONZA NEL PROGETTO "DIPENDE DA COME MI ABBRACCI"

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ✓ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  _____
  _____
  _____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 01/01/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO VERONICA TRESOLDI

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a [illegible]
nato/a a Milano il 9/11/76 C.F. [illegible]
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
Medico di Guardia
con decorrenza dal 18/01/19 al 31/12/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [X] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 18/1/2019 **IL DICHIARANTE** [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ANTONIO URT

nato/a a ALBANELLA (SA) il 20.1.1971 C.F. RTNNTN71A20A128W

residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

PORTAVOCE E CORRELATE ATTIVITA' DI INFORMAZIONE E RELAZIONI ESTERNE con decorrenza dal 1.3.2017 al 31.12.2023

O PERIODO INFERIORE IN RELAZIONE ALLA DURATA NATURALE DI

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

X di non svolgere attività professionale;

di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 21.02.2018 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 21.02.18 *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a JESSICA USAI

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE LP

con decorrenza dal 13/05/2021 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☑ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 13/05/2021 **IL DICHIARANTE** Jessica Usai

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 13/05/2021 *Firma del dipendente* _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a FRANCESCA VALENTI
nato/a a BUSSOLENGO il 01/02/92 C.F. VLNFNC92B41B295V
residente a [redacted] (Prov [redacted] Via [redacted] n. [redacted] c.a.p. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA - PROGETTO GOS2
con decorrenza dal 01/01/18 al 31/12/18
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  LA NOSTRA FAMIGLIA - CMATE BRIANZA
  INCARICO DI FISIOTERAPISTA IN SOSTITUZIONE DI MATERNITÀ
  CONTRATTO 24 H/SETTIMANALI DAL 26/06/18 AL 31/07/20

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:
VIMERCATE, 26/06/18

Firma
(per esteso e leggibile)
Francesca Valenti

D.P.R. 445/2000
Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a FRANCESCA VALENTI
nato/a a BASSANO DEL G. (VI) il 01-07-1982 C.F. [redacted]
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA NELL'AMBITO DEI PROGETTI INNOVATIVI DI SALUTE MENTALE con decorrenza dal 01/01/2020 al 31/12/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  ASSOCIAZIONE LA NOSTRA FAMIGLIA – VIA SANT'AMBROGIO 32 CAMBIANO
  DIPENDENTE PART TIME (24 ORE) SOSTITUZIONE MATERNITA'
  INCARICO DI FISIOTERAPISTA

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  - STUDIO DI TERAPIA NEUROPSICOMOTORIA – VIA VERDI 18 VIMERCATE (MB)
  ATTIVITA' DI LIBERA PROFESSIONE IN TERAPIA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 02/01/2020 IL DICHIARANTE Francesca Valenti

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:
☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a VALLAURI DAVIDE
nato/a a MILANO il 5/12/79 C.F. VLLDVD79T05F205N
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
SPECIALISTA NEUROLOGO
con decorrenza dal 2/11/18 al 31/3/19

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 25/10/18 IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [x] *La sottoscrizione viene apposta dinnanzi al dipendente addetto*

Data 25.10.18 *Firma del dipendente*

- [ ] *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a VALLAURI DAMIANO

nato/a a MILANO il 5/12/79 C.F. VLLDMN79T05F205N

residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

NEUROLOGO - LIBERO PROFESSIONISTA

con decorrenza dal 1/05/20 al 30/04/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30/4/2020 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a VALLARA DAVIDE

nato/a a [redacted] il [redacted] C.F. [redacted]

residente a [redacted] Via [redacted] Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO LIBERO PROFESSIONISTA

con decorrenza dal 1/4/20 al 30/4/20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 21/3/20 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a VALOBRA TOMMASO

nato/a a MILANO il 14/04/1989 C.F. VLBTMS89D14F205O

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) INCARICO LP MEDICO PRONTO SOCCORSO

con decorrenza dal 08/07/2022 al 30/09/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

MEDICO IN FORMAZIONE SPECIALISTICA SCUOLA DI MEDICINA D'EMERGENZA-URGENZA MILANO-BICOCCA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30/06/2022 **IL DICHIARANTE TOMMASO VALOBRA**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Ilaria Varisco
nato/a a Cernusco S/N il 11/06/1974 C.F. [redacted]
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
Psicologo Progetti Innovativi Regionali di salute mentale U.O.C di Neuropsichiatria infantile
con decorrenza dal 6/7/2020 al 31/12/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- X di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  ASST Melegnano e Martesana, incarico da libero professionista dal 4/07/2017 ad oggi (10 ore/sett)
  Consultorio Familiare Merate Fondazione Don Silvano Caccia, incarico da libero professionista, dal 20/09/2004 ad oggi (3 ore/sett)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  Studio professionale

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 3/7/2020 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:
☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Ilaria Varisco

nato/a a _____

residente a _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

Psicoterapeuta Progetto regionale a favore di soggetti giovani e adolescenti disagiati e delle loro famiglie

con decorrenza dal 30/6/21 al 29/11/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

ASST Melegnano e Martesana, incarichi da libero professionista dal 4/07/2017 ad oggi (10 ore/sett) e dal 10/12/2020 ad oggi (20 ore/sett)

Consultorio Familiare Merate Fondazione Don Silvano Caccia, incarico da libero professionista, dal 20/09/2004 ad oggi (rapporto in risoluzione)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

Studio privato

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 29/06/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengano presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a MARIO VENEGONI

nato/a a MILANO, il 02.02.1947 C.F. [redacted]

residente a [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) COORDINAMENTO PROGETTO NAZIONALE NEREAFAPS

con decorrenza dal _____ al _____

sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:

Vimercate 3.5.18

Firma
(per esteso e leggibile)

Mario Venegoni

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a VERGANI ANNA FRANCESCA
nato/a a _____ il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) MEDICO NELL'AMBITO DEL PROGETTO GAP con decorrenza dal 17/05/2021 al 31/12/2021
sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  ATTIVITÁ AMBULATORIALE E DIAGNOSTICA ECOGRAFICA IN REGIME LIBERO PROFESSIONALE – COLLABORAZIONE COORDINATA CONTINUATIVA PRESSO ISTITUTI CLINICI ZUCCHI GRUIPPO SAN DONATO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 17/05/2021 **IL DICHIARANTE** F.TO VERGANI ANNA FRANCESCA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a GIACOMO VERONESE nato/a a _____ il _____
_____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) MEDICO VACCINATORE con decorrenza dal 17/01/2022 al 31/03/2022
sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ✓ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

  _____
  _____
  _____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 11/02/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO GIACOMO VERONESE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CRISTIANA, VERGA

nato/a a _____

residente a _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) 5

INCARICO IN QUALITÀ DI PSICOLOGA PSICOTERAPEUTA PER I PROGETTI INNOVATIVI DI SALUTE MENTALE

con decorrenza dal 19/04/'21 al 31/12/'21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  - COLLABORAZIONE LIBERO PROFESSIONALE CON AMBULATORIO COLICAS
  - ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE CON PAZIENTI PRIVATI IN QUALITÀ DI PSICOTERAPEUTA (STUDIO IN MILANO, VIA DEI PELLEGRINI 3)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 19/04/'21 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

- [x] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a VETTORE IRENE nato/a a _____ il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) _____ con decorrenza dal 22/11/2021 al 31/12/2022
sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  FARE DIRE PENSARE INSIEME SITO IN CONCOREZZO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 17/09/2021 **IL DICHIARANTE** F.TO VETTORE IRENE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Vimercate

U.O.C. Risorse Umane

QD_ENT_201710_116118

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a VICCARDI NORMA
nato/a a ICONTA il 24-10-74 C.F. VCCNRM74R64F704C
residente a [redacted] Via [redacted] Tel.
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INFERMIERA
con decorrenza dal al

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ NO ASST di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
INFERMIERA C/O BINNALDI SRL CASATE BGA, COOP. SOLARIS di TRUCCHIO e RSA SCUOLA DI BERGAMO BGA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 25.3.20 IL DICHIARANTE Viccardi Norma

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 25.03.20 *Firma del dipendente* Viccardi Norma

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a VICENTI SILVIA
nato/a a ALTAMURA (BA) il 16/10/1974 C.F. VCNSLV74R56A225M
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INFERMIERA LIBERO PROFESSIONISTA PER EMERGENZA COVID-19 con decorrenza dal 17/04/2020 al 16/10/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [X] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 16/04/2020 IL DICHIARANTE Vicenti Silvia

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Vimercate

U.O.C. Risorse Umane

QD_ENT_201710_116118

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ANNA VIGANO'
nato/a a MILANO il 14-03-1986 C.F. VGNNNA86C54F205F
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
ASSISTENTE SOCIALE NELL'AMBITO DEL PROGETTO REGIONALE A. RANGER 01 SOGGETTI DEBOLI E DISAGIATI con decorrenza dal 4/11/20 al 3/04/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

ASSISTENTE SOCIALE PRESSO NUOVA LUCE NNIO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 2/11/2020 **IL DICHIARANTE** Anna Vigano'

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

[X] *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione allo svolgimento di attività professionali ai sensi dell'art. 15, c. 1, lett. c), del d.lgs. 33/2013	03/10/2017	01	Pagina 1 di 1

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ANNA VIGANO' nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) ASSISTENTE SOCIALE LIBERO PROFESSIONISTA con decorrenza dal 15/09/2021 al 14/02/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  PSICOLOGA L.P. PRESSO ASST MONZA NEL PROGETTO "DIPENDE DA COME MI ABBRACCI"

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  PROGETTO REDDITO DI CITTADINANZA PER L'AMBITO TERRITORIALE DI CARATE BRIANZA CON L'UFFICIO DI PIANO DI CARATE BRIANZA TRAMITE LA COOPERATIVA NOVOMILLENNIO VIA MONTECASSINO 8 - MONZA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 15/09/20201 **IL DICHIARANTE** F.TO ANNA VIGANO'

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a VIGHI ANASTASIA CORNELIA
nato/a a MILANO il 14/01/1977 C.F. [redacted]
residente [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGO LIBERO PROFESSIONISTA NELL'AMBITO DEI PROGETTI INNOVATIVI
DI SALUTE MENTALE con decorrenza dal 01/01/2014 al 31/12/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

PSICOLOGA PRESSO ASSOCIAZIONE LORENZO PERRONE ONLUS;
PSICOLOGA PRESSO STUDIO PARAT-UBBIS SRL;
PSICOLOGA PRESSO STUDIO NOVI - STUDIO DI PSICOLOGIA E PSICOTERAPIA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/12/2019 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Vimercate

U.O.C. Risorse Umane

QD_ENT_201710_116118

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a VIGNI ANASTASIA CORNELIA
nato/a a MILANO il 14/10/1987 C.F. VGHNTS87R54F205T
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGA
con decorrenza dal 01/01/2018 al 31/12/2018

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (Indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
PSICOLOGA LP PER ASSOCIAZIONE LOREMO PERSONE, PRESSO STUDIO PRIVATO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 04/01/2018 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione medesima.

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 4/1/18 *Firma del dipendente* [signature]

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione allo svolgimento di attività professionali ai sensi dell'art. 15, c. 1, lett. c), del d.lgs. 33/2013	03/10/2017	01	Pagina 1 di 1

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a VIGHI ANASTASIA CORNELIA
nato/a a MILANO il 14/10/1987 C.F. VGHNTS87R54F205T
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGO NELL'AMBITO DEI PROGETTI INNOVATIVI DI SALUTE MENTALE
con decorrenza dal 01/01/2021 al 31/12/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
PSICOLOGA-PSICOTERAPEUTA LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO ASSOCIAZIONE LORENZO PERRONE ONLUS, STUDIO PRIVATO PATAT E STUDIO PRIVATO MAMI

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30/12/2020 IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a VIGHI ANASTASIA CORNELIA
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico):
PSICOLOGO LIBERO PROFESSIONISTA NELL'AMBITO DEI PROGETTI INNOVATIVI DI SALUTE MENTALE
con decorrenza dal 01.01.2022 AL 31.12.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

□di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

□ di non svolgere attività professionale;

☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione)

- PSICOLOGA PSICOTERAPEUTA PRESSO ASSOCIAZIONE LORENZO PERRONE ONLUS E PRESSO STUDIO PATAT E STUDIO MAMI (STUDI PRIVATI)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31.12.2021 **IL DICHIARANTE F.TO ANASTASIA CORNELIA VIGHI**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a VIGHI ANASTASIA CORNELIA
nato/a a MILANO il 14/10/1987 C.F. VGHNTS87R54F205T
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGO SPECIALISTA NELLA DISCIPLINA DI PSICOTERAPIA nell'ambito del progetto "Interventi territoriali in Psichiatria e Case di Comunità ad alta intensità: un modello per l'integrazione e la multidimensionalità nella fascia tardo giovanile del disagio psichico"
con decorrenza dal 11/07/2022 al 31/12/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  psicologa - psicoterapeuta presso Associazione Lorenzo Perrone ONLUS e presso studio Patat e studio Mami (studi privati)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30/06/2022 **IL DICHIARANTE F.TO Vighi Anastasia Cornelia**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a VIGHI EUDOSSIA VIOLETTA
nato/a a MILANO il 12/04/1982 C.F. VGHGTT82D52F205K
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE FARMACISTA
con decorrenza dal 5/01/2021 al 4/07/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

☒ di non svolgere attività professionale;

☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/12/2020 IL DICHIARANTE Vighi Eudossia

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a FRANCESCA VILLA
nato/a a
residente a
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO LIBERO PROFESSIONALE PSICOLOGO - PROGETTI INNOVATIVI SALUTE MENTALE U.O.C. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
con decorrenza dal 7.06.2021 al 31.12.2021
sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
"PSICOTERAPEUTA" PRESSO STUDIO PRIVATO A TREVIGLIO (BG) - V.le Oriano 27 - 24047 -

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 18/03/2021 IL DICHIARANTE Francesca Villa

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

- [x] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Villa Gabriella

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

Medico specialista AP

con decorrenza dal 31/3/2021 al 2a/7/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☑ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30/11/2021 **IL DICHIARANTE** Gabriella Villa

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).

Dichiarazione ai sensi dell'art. 15, comma 1, lett. c) del D.Lgs. n. 33/2013

Il/La sottoscritto/a VILLA LUCIANO matr. _____

nato/a a ~~VIBO~~ CASATENOVO (LC) il 07 / 10 / 19[illegible]

domiciliato per la carica a VIMERCATE (MI

in via SANTI COSMA E DAMIANO in servizio pre

UOC TECNICO PATRIMONIALE in qualità di COLLABORATORE

(Unità Operativa, ubicazione) (Dirigente, Medico, Direttore, Consulen

consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445, con riferimento alla propria posizion all'incarico professionale di:

A TITOLO GRATUITO

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000

☒ di NON svolgere incarichi o di NON essere titolare di cariche in enti di diritto privato regola finanziati dalla Pubblica Amministrazione o di NON svolgere attività professionali;

☐ di svolgere incarichi o di essere titolare di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati d Pubblica Amministrazione o di svolgere attività professionali, come di seguito elencato:

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e del D. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informa esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013 presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'A Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati for nell'ambito della presente dichiarazione.

IL DICHIARANTE

Data 28.02.2020 Luciano Vill

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli artico e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

FIRMA DEL DIPENDENTE

Data _____ _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fron e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a VALERIA VILLA
nato/a a MONZA (MB) il 28/04/1965 C.F. VLLVLR65D68F704U
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO MEDICINA DISCIPLINA DI OFTALMOLOGIA
con decorrenza dal 09/05/19 al 08/05/20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

STUDIO PRIVATO (AGRATE BRIANZA - VIA GARIBALDI, 13/B
GESSATE - PIAZZA CORTE GRANDE, 37)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 15.04.19 IL DICHIARANTE Valeria Villa

Le presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Brianza

U.O.C. Risorse Umane

QD_ENT_201710_118

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Maria Elena Villaverde Quiros

nato/a a

residente a

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
Incarico libero professionale di infermiere per attività vaccinale

con decorrenza dal 07/05/2021 al 31/07/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  Infermiera professionale Studio Medico Dottoressa Maristella Vanini
  Infermiera Professionale presso RSA Fondazione Giuseppina Prina-Onlus. Erba.

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 23/04/2021 IL DICHIARANTE Mª Villaverde

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 23/04/2021 *Firma del dipendente* Mª Villaverde

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MICHELA VINCENZI
nato/a a PIACENZA il 15/01/1974 C.F. VNCMHL74S55G535Y
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LAUREATO IN SCIENZE DELL'EDUCAZIONE
con decorrenza dal 4/1/2019 al 31/12/2019

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  PSICOMOTRICISTA CON ASSOCIAZIONE LUDICA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 4/1/2019 IL DICHIARANTE Michela Vincenzi

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto.*

Data 4/1/19 *Firma del dipendente* [signature]

☐ *L'istanza e la dichiarazione costitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MICHELA VINCENZI
nato/a a Piacenza il 15/1/74 C.F. VNCMHL74S55G535Y
residente a [illegible] Via [illegible] Te
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
docente in ambito della formazione
con decorrenza dal 1/1/20 al 31/12/20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  Psicoterapeuta libero professionista
  con sede in Monza – via Thomas Edison

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 16/12/19 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a MICHELA VINCENZI

nato/a a PIACENZA il 25/11/1974 C.F. VNCMHL74S65C535Y

residente a [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
EDUCATRICE

con decorrenza dal SETTEMBRE 2017 al OGGI

sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  EDUCATRICE PRESSO ASST VIMERCATE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:

VILLASANTA, 31/10/2017

Firma
(per esteso e leggibile)

Michela Vincenzi

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a VISMARA FABIO
nato/a a SEREGNO il 22/04/1967 C.F. VSM FBA 67D22 I625U
residente a [redacted] Via [redacted] Tel [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE DI ODONTOIATRIA PRESSO SERVIZIO DI ODONTOIATRIA SPECIALE DI CARATTERE ADIANSA con decorrenza dal 14/10/19 al 27/02/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE PRESSO PROPRIO AMBULATORIO ODONTOIATRICO SITO IN SEREGNO

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 14/10/19 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a VISMARA FABIO

nato/a a SEREGNO il MB C.F. VSMFBA67D22I625V

residente a [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE PER CURE ODONTOIATRICHE IN ANESTESIA TOTALE C/ SALA OPERATORIA PRESSO CASA DI CURA [redacted] con decorrenza dal 15/6/17 al 13/6/19

sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  ODONTOIATRA LIBERO PROFESSIONALE PRESSO IL PROPRIO AMBULATORIO ODONTOIATRICO IN VIA LAZZARETTO 44 - 20831 SEREGNO (MB)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data: Besana Brianza 04/10/17

Firma (per esteso e leggibile) Fabio Vismara

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a VISHARA FEDERICA

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO SPECIALIZZANDO VACCINATORE LP

con decorrenza dal 20/04/21 al 30/06/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 20/04/21 **IL DICHIARANTE** Federica Vishara

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

La sottoscritta Veronica Vitali
Nata a Vimercate (MB) il 13/09/1993 CF. VTLVNC93P53M052I
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di Psicologo libero professionista nell'ambito di Progetti Innovativi di Salute Mentale (ETIM) - U.O.C Psichiatria

con decorrenza dal 1.09.2022 al 31.12.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio) : Studio privato, psicologa libera professionista

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 1/08/2022 **IL DICHIARANTE** Veronica Vitali

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ x l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a VOTTO CARMELA
nato/a a MADDALONI (CE) il 15/05/1976 C.F. VTTCML76M55E791F
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

_____

con decorrenza dal 04-05-2021 al 31-07-2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

CASA DI RIPOSO MONTICELLO B. 3A (INFERMIERA)
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 4/05/21 **IL DICHIARANTE** Carmela Votto

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Vimercate

U.O.C. Risorse Umane

QD_ENT_201710_116118

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CHIARA ZAMBONI
nato/a a VERONA il 27/09/91 C.F. ZMBCHR91P67L781Z
residente a [redacted] Via [redacted] Tel [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LIBERO PROFESSIONALE - LOGOPEDISTA
con decorrenza dal 1-01-19 al 31-12-19

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
DOCENTE PRESSO UNIVERSITÀ DI MILANO - SEDE BOSISIO PARINI

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
LOGOPEDISTA PRESSO CENTRO LOGOS - VIMERCATE, CISERPP - VERONA
CENTRO SYNESIS - BG
DOCENTE PRESSO CISERPP

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 15/01/19 IL DICHIARANTE Chiara Zamboni

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 15/01/19 *Firma del dipendente* [signature]

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagine
Dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione allo svolgimento di attività professionali ai sensi dell'art. 15, c. 1, lett. c), del d.lgs. 33/2013	03/10/2017	01	Pagina 1 di 1

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CHIARA ZANBONI
nato/a a VERONA il 27/09/92 C.F. ZMBCHR92P67F838Z
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LOGOPEDISTA NELL'AMBITO DEI PROGETTI INNOVATIVI DI SALUTE MENTALE
con decorrenza dal 01.01.20 al 31.12.2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  DOCENTE PRESSO L'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO
  DAL 18/09/19 AD OGGI

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  LOGOPEDISTA LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO
  CENTRO LOGOS - PIAZZA MARCONI 36, 20059 VIMERCATE (MB)
  CENTRO SYNESIS, VIALE G. ZAUARITT 222, 20020 CORBETTA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31.12.19

IL DICHIARANTE Chiara Zanboni

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

[I/la sottoscritto/a CHIARA ZAMBONI
nato/a a VERONA il 27/09/91 C.F. ZMBCHR91P67L781Z
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO LIBERO PROFESSIONALE PER LE ATTIVITÀ DI LOGOPEDISTA NELL'AMBITO DEI PROGETTI INNOVATIVI DI SALUTE MENTALE con decorrenza dal 1.1.21 al 31.12.21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

DOCENTE PRESSO UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO LOGOPEDISTA RESPONSABILE DI UN PROGETTO DI SCREENING PRESSO SCUOLA PRIMARIA DI LALLIO.

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

LOGOPEDISTA LIBERA PROFESSIONISTA PRESSO STUDIO DI LOGOPEDIA LOGOS
LOGOPEDISTA LIBERA PROFESSIONISTA PRESSO CENTRO SYNESIS

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 07/01/22 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CHIARA ZAMBONI nato/a a il

C.F.

residente a Via Tel.

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) LOGOPEDISTA LIBERA PROFESSIONISTA con decorrenza dal 01/01/2022 al 31/12/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ✓ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  DOCENTE PRESSO L'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO CON CONTRATTO LIBERO PROFESSIONALE

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  LOGOPEDISTA LIBERA PROFESSIONISTA IN DUE STUDI PRIVATI E IN UN PROGETTO SCOLASTICO ANNUALE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 04/01/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO CHIARA ZAMBONI

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a UMBERTO ZANIN
nato/a a 20 il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO VACCINATORE LP
con decorrenza dal 12/01/21 al 30/9/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

USCA
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 08/02/21 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

[X] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ZANNONI JESHCA
nato/a a MONZA il 14/04/91 C.F. ZNNJSC91D54F704F
residente a MONZA Via SEGRINO 4 Tel. 3351535582
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO VACCINATORE COVID
con decorrenza dal 29/04/2021 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  MEDICO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26/05/2021 **IL DICHIARANTE** Jessica Zannoni

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 26/05/2021 *Firma del dipendente*

- [ ] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BANOLA MARTA

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

Medico vaccinatore COVID

con decorrenza dal 04/06/2021 al 31/07/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☑ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 04/06/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 4/06/2021 *Firma del dipendente* _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a LORENZO ZAFFARI

nato/a a CATANIA il 6/5/1983 C.F. ZFFLNZ83E06C351Z

residente a [redacted] in via [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO CURE PALLIATIVE LIBERA PROFESSIONE

con decorrenza dal 23/7/18 al 22/7/19

sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

CONTINUITÀ ASSLE (ASST MONZA)

MONZA EYE BANK (H. SAN GERARDO - MONZA)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs: 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data: Vimercate 19/7/2018

Firma (per esteso e leggibile)

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ZORZETTO CHIARA nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) MEDICO VACCINATORE con decorrenza dal 21/12/2021 al 30/06/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  - MEDICO DI GUARDIA C/O CLINICA PRIVATA
  - MEDICO DEI SERVIZI C/O AUXOLOGICO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 21/12/2021 **IL DICHIARANTE** F.TO ZORZETTO CHIARA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a ZUCCHETTI FEDERICA
nato/a a MONZA il 7/3/86 C.F. ZCCFRC86C47F704X
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO di PEDIATRIA UBERO PROFESSIONISTA
con decorrenza dal 14/8/18 al
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  SOSTITUZIONI di PEDIATRA di LIBERA SCELTA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs: 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:
MONZA 13/08/18

Firma
(per esteso e leggibile)
Federica Zucchetti

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a PIETRO WILLIAM GIULIANI

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO SPECIALIZZANDO VACCINATORE UP

con decorrenza dal 21/5/21 al 30/6/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☑ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 24/5/21 **IL DICHIARANTE** P Giuliani

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 24/05/2021 ***Firma del dipendente*** _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Zyrianov Alekse i

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

medico vaccinatore, CO. CO. CO.

con decorrenza dal 21/05/2021 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 21/05/2021 **IL DICHIARANTE** (A. Zyrianov).

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 21/05/2021 *Firma del dipendente* _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengano presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Abbate Giorgio Enrico

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) Collaborazione Coordinata e Continuativa Professionale (Vaccini COVID)

con decorrenza dal 10/02/2022 al 31/03/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ✓ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 09-02-2022 **IL DICHIARANTE F.TO. Abbate Giorgio Enrico**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LORENZO ARCORE

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE LP

con decorrenza dal 26/04/21 al 30/6/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26/04/21 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ADORNI MARCO

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE L.P

con decorrenza dal 22/04/2021 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 22/04/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 22/04/2021 *Firma del dipendente* _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a AGATA ERIKA
nato/a a [redacted] il 16/11/81 C.F. GTTRKE81S56G858K

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
incarico libero professionale biologa addetta
con decorrenza dal 29/1/18 al 28/7/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
collaborazione libero professionale con studio dentistico privato a Verate, Sergnano, Desio e Roma

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 25/7/19 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione allo svolgimento di attività professionali ai sensi dell'art. 15, c. 1, lett. c), del d.lgs. 33/2013	05/10/2017	01	Pagina 1 di 1

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ALICE AGLIETTI
nato/a a SESTO SAN GIOVANNI (MI) il 27/11/92 C.F. GLTLCA92S67I690R
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO LIBERO PROFESSIONALE A TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETÁ EVOLUTIVA con decorrenza dal _____ al 31.12.19

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITÁ DELL'ETÁ EVOLUTIVA, LIBERA PROFESSIONISTA PRESSO STUDIO PRIVATO LO STUDIO (MILANO), FARE, DIRE, PENSARE (CONCOREZZO), ASSOCIAZIONE LUDICA (MONZA)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 2/09/2019 **IL DICHIARANTE** Alice Aglietti

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1 D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione di ufficio:

☒ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 2/09/2019 *Firma del dipendente* [redacted]

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengano presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ALICE AGLIETTI

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITÀ DELL'ETÀ EVOLUTIVA NELL'AMBITO DEL PROGETTO INDIVIDUALE DI SALUTE MENTALE DI REGIONE LOMBARDIA con decorrenza dal 1/01/21 al 31/12/20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO: STUDIO PRIVATO IN FUNO, SEDE A MILANO, VIA TORINO 6 (STUDIO PRIVATO FARE DARE PENSARE, SEDE A CONCOREZZO, VIA DANTE 205 (PRESSO ASSOCIAZIONE LUNGA, SEDE A MONZA, VIA THOMAS EDISON 42

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/12/19

IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ALICE AGUZZI
nato/a a SESTO SAN GIOVANNI il 27/11/1992 C.F. GLTLCA92S67I690R
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INPEE, 22 H SETTIMANALI
con decorrenza dal 1/11/2021 al 31/12/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

INPEE LIBERO PROFESSIONISTA, ASST RHODENSE, FINO A 30/04/2022

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

INPEE LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO ASST RHODENSE E STUDIO PRIVATO FARE BENE PENSARE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/12/2020

IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a AGRATI ARIANNA

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE

con decorrenza dal 22/04/2021 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 22/04/2021 **IL DICHIARANTE** Arianna Agrati

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 22/04/2021 ***Firma del dipendente*** _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a FABIO AGUSTA
nato/a a MAZARA DEL VALLO il 20/05/2014 C.F. AGSFBA85E20F061U
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO PNEUMOLOGO IN LIBERA PROFESSIONE
con decorrenza dal 01/04/2019 al 31/03/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [X] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 01/04/2019

IL DICHIARANTE Fabio Agusta

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 01.04.2019 *Firma del dipendente* [signature]

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione allo svolgimento di attività professionali ai sensi dell'art. 15, c. 1, lett. c), del d.lgs. 33/2013	03/10/2017	01	Pagina 1 di 1

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a FABIO AGOSTA

nato/a a [redacted] il [redacted] C.F. [redacted]

residente a [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) MEDICO SPECIALISTA IN MEDICINA DELLO SPORT

con decorrenza dal 2/10/2017 al 31/12/2019

sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione,
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data: Seregno, 02/10/2019

Firma
(per esteso e leggibile)
Fabio Agosta

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ALAMPI GIULIA
nato/a a MONZA il 16/02/1994 C.F. LMPGLI94B56F704J
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
TERAPISTA DELLA NEUROPSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA

con decorrenza dal 01/09/2022 al 31/12/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

TNPEE presso il centro "Evolutivamente" ed il centro psicopedagogico "Dimanda"
Educatrice/insegnante di sostegno presso la cooperativa "Prima I Bambini"

DICHIARA INOLTRE

di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;

- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 06/08/2022 **IL DICHIARANTE F.TO Alampi Giulia**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

Dichiarazione ai sensi dell'art. 15, comma 1, lett. c) del D.Lgs. n. 33/2013

Il/La sottoscritto/a MASSIMO PEDERZOLI matr. //

nato/a a MILANO (MI) il 29 / 11 / 1951

domiciliato per la carica a VIMERCATE (ASST VIMERCATE) (MB)

in via SS COSMA E DAMIANO N° 40 in servizio presso

UOC NEUROLOGIA in qualità di CONSULENTE

(Unità Operativa, ubicazione) (Dirigente, Medico, Direttore, Consulente)

consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445, con riferimento alla propria posizione e all'incarico professionale di:

COLLABORAZIONE PROF.LE A TITOLO GRATUITO

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000

☒ di NON svolgere incarichi o di NON essere titolare di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione o di NON svolgere attività professionali;

☐ di svolgere incarichi o di essere titolare di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione o di svolgere attività professionali, come di seguito elencato:

PRESSO IL MIO STUDIO PRIVATO
E LA CLINICA ZUCCHI (MONZA - CERNUSCO)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 1-5/2020

IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____

FIRMA DEL DIPENDENTE

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Azienda Socio Sanitaria

Regione Lombardia

ASST Vimercate

U.O.C. Risorse Umane

QD_ENT_201710_116118

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a [illegible]

nato/a a [illegible] il [illegible] C.F. [illegible]

residente a [illegible] (Prov. [illegible]) in Via [illegible]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

[illegible]

con decorrenza dal [illegible] al [illegible]

sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DERMATOLOGO AUXOLOGICO MEDA

e DIR. SANITARIO AMBULATORIO MEDICO DERMATOLOGICO DI PEDRINANA TIZIANO MARIANO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:

Firma
(per esteso e leggibile)

Seveso 1-10-18 [signature]

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decada dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CHRISTIAN PEDRINAZZI

nato/a a PAVIA il 9/1/75 C.F. PDRCRS75A09G388F

[redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

ATTIVITÀ MEDICO PSICOLOGICA DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA

con decorrenza dal 1/7/19 al 30/6/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

1ST ANCONOLOGICO MEDA
POLIAMBULATORIO PRIVATO CESARE MAGNO
VIA SAN LUCA, 4

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 21/6/2019 IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☑ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 21.06.2019 *Firma del dipendente*

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione allo svolgimento di attività professionali ai sensi dell'art. 15, c. 1, lett. c), del d.lgs. 33/2013	03/10/2017	01	Pagina 1 di 1

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a PELI ELDA

nato/a a

resident

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

con decorrenza dal 03.01.21 al 02.07.21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

ASSISTENTE SANITARIA PRESSO ASST SPEDALI CIVILI DI BRESCIA
ASSISTENTE SANITARIA PRESSO EUROLIFE SRL
ASSISTENTE SANITARIA PRESSO SHAO SRL

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 02/12/2020 IL DICHIARANTE Elda Peli

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CHIARA PELOLI
nato/a a CANTU' (CO) Il 08/10/1967 C.F. PLLCHR67R48B639T
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGO LIBERO PROFESSIONISTA
con decorrenza dal 04.04.13 al 31.12.19

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

PSICOLOGA PSICOTERAPEUTA PRESSO ASSOCIAZIONE "QUID" - RIGNO SEGNIA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 04.01.19 **IL DICHIARANTE**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 4/1/19 *Firma del dipendente*

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione allo svolgimento di attività professionali ai sensi dell'art. 15, c. 1, lett. c), del d.lgs. 33/2013	03/10/2017	01	Pagina 1 di 1

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CHIARA PELOLI
nato/a a CARATE (MB) il 09/10/1987 C.F. PLLCHR87R49B639T
residente a [illegible] Via [illegible] Tel.
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO LIBERO-PROFESSIONALE DI PSICOLOGO PRESSO LA U.O.C. DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE NEL PROGETTO INNOVATIVO DI SALUTE MENTALE con decorrenza dal 01/01/2020 al 31/12/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  - PSICOLOGA PSICOTERAPEUTA PRESSO ASSOCIAZIONE QUID (PIGNO SERENZA)
  - PSICOLOGA PSICOTERAPEUTA PRESSO CMPED – CENTRO MULTIDISCIPLINARE PEDIATRICO (SEREGNO)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/12/2019 **IL DICHIARANTE** [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

[X] *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 31/12/2019 *Firma del dipendente* [signature]

[X] *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Loredana Cosomma

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

con decorrenza dal 01.08.21 al 30/09/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☑ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

Ospedale S. Raffaele con contratto tempo determinato part-time 66%

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☑ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 02.08.21 **IL DICHIARANTE** Loredana Cosomma

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE
E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI
AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Pennati Nicole nato/a a Carate Brianza il 09/03/1998 C.F. PNNNCL98C49B729J in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva nell'ambito nei progetti innovativi di salute mentale con decorrenza dal 01/09/2022 a 31/12/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- □ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____

  _____

  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- □ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

  Trattamento neuropsicologico con minori con Disturbi specifici e aspecifici dell'apprendimento presso l'Associazione La Nostra Famiglia (Mandello del Lario), ente ecclesiastico civilmente riconosciuto e convenzionato con lo Stato.

  Valutazione e trattamento neuropsicomotorio presso gli studi privati "Nuovo Itinere" con sede a Merate e "Centro Clinico Segantini" con sede a Veduggio con Colzano.

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 04/08/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO Nicole Pennati

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il sottoscritto STEFANO PIRRONE
Nato ad. ALZANO LOMBARDO (BG) il 30.05.1988 C.F. PRRSFN88E30A246G
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
Psicologo - Psicoterapeuta nell'ambito del progetto 'Interventi territoriali Psichiatria e Case di Comunità ad alta intensità: un modello per l'integrazione e la multidimensionalità nella fascia tardo giovanile del disagio psichico

con decorrenza dal 12.09.2022 al 31.12.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

Presso il mio Studio di Psicologia e Criminologia Clinica e presso l'Asst Bergamo Est

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 16.08.2022 **IL DICHIARANTE STEFANO PIRRONE**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

✓*l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SARA REGGIO
nato/a a Monza il 01.08.1985 C.F. RGGSRA85M41F704J
residente a [redacted] Via [redacted] Tel [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
Psicologo nella disciplina di Psicoterapia
con decorrenza dal 01.04.19 al 31.03.2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  Consulente Familiare "Villaggio delle Madri e del fanciullo", incarico libero professionale

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  Libera professione

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 01.04.2018 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 01.04.2018 *Firma del dipendente* [signature]

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Sara Ferro

nato/a a Monza il 01.09.1985 C.F. FRRSRA85M41F704I

residente a [redacted] Via [redacted] Tel [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

_____

_____ con decorrenza dal _____ al _____

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

Consulente Familiare Ufficio della Madre e del Fanciullo, Via F. Casati 50 Milano

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

Studio privato c/o Centro Sinergia, Via Bechi 7 Milano

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 05.11.19 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a SARA PERELLO

nato/a a MONZA, il 01.08.1985, C.F. PRLSRA85M41F704T

residente a [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

PSICOLOGO & PSICOTERAPEUTA

con decorrenza dal 12/12/2018 al 31/03/2019

sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

PSICOLOGA/PSICOTERAPEUTA, CIO CONSULTORIO FAMILIARE VILLA PIA HELP MOTHER E BB, FAMIGLIA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs: 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:

Vimercate, 04.12.2018

Firma
(per esteso e leggibile)

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SARA VENEGO
nato/a a MONZA il 01.08.1985 C.F. [redacted]
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGA NELLA DISCIPLINA PSICOTERAPIA
con decorrenza dal 26.05.20 al 25.05.2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
CONSULTORIO FAMILIARE VILLASANTA DELLA MADRE E DEL FANCIULLO
INCARICO LIBERO PROFESSIONALE COME PSICOLOGA PSICOTERAPEUTA
RETRIBUZIONE A PRESTAZIONE

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
PSICOLOGA PSICOTERAPEUTA PRESSO STUDIO PRIVATO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26.05.20 **IL DICHIARANTE** [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Sara Perego

nato/a a ___

residente a ___

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

Psicologo specialista nella disciplina di Psicoterapia

con decorrenza dal 26/05/2021 al 25/05/2023

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

___

___

___

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

Libero Professionista presso Villaggio della Madre e del Fanciullo

Attività Professionale in studio privato

___

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 25/05/2021 **IL DICHIARANTE** ___

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 25/05/2021 ***Firma del dipendente*** ___

☑ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a PIACENTINI ALESSIO nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) MEDICO VACCINATORE PER CAMPAGNA COVID-19 con decorrenza dal 01/04/2022 al 30/06/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  - MEDICO SPECIALIZZANDO DI RADIODIAGNOSTICA PRESSO UNIMI
  - MEDICO USCA PER ASST MILANO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30/05/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO PIACENTINI ALESSIO

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a PIERPAOLI EDOARDO

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE USP

con decorrenza dal 20/5/21 al 30/6/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 20/5/21 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MATTEO PIVA

nato/a a _____ Il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VETERINARIO 6 P

con decorrenza dal 26 - 04 - 21 al 30 - 06 - 21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☑ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26-04-21 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a PINTEA ADINA GABRIELA nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) INFERMIERA con decorrenza dal 24/11/2021 al 30/06/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ✓ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

  _____
  _____
  _____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26/05/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO PINTEA ADINA GABRIELA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a PINTUCCI JEAN PIERRE
nato/a a RECANATI, il 28-11-52, C.F. PNTJPR52S28H211V
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
STORICO LIBERO PROFESSIONISTA
con decorrenza dal 1/4/18 al 31/5/19
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
MEDICO – STORICO – LIBERO PROFESSIONISTA
PROPRIO STUDIO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data: 1/10/2018

Firma (per esteso e leggibile)

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a JEAN PIERRE PINTUCCI
nato/a a LECCO il 28.11.1957 C.F. [redacted]
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LIBERO PROFESSIONISTA OTORINO
con decorrenza dal 01/01/2020 / 31/05/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  LIBERO PROFESSIONISTA OTORINO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 04.06.2020 IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Vimercate

U.O.C. Risorse Umane

QD_ENT_201710_116118

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a PINTUCCI STEFANO PIETRO
nato/a a ARCAUATE il 24-11-57 C.F. PNTSPR57S24H211V
residente [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
OTORINO LARINGOIATRA
659 con decorrenza dal 30/12/14 al 4-6-2014 31/5/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
OTORINO LIBERO PROFESSIONISTA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 3/6/2019 IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 3/6/19 *Firma del dipendente*

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione allo svolgimento di attività professionali ai sensi dell'art. 15, c. 1, lett. c), del d.lgs. 33/2013	03/10/2017	01	Pagina 1 di 1

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a JEAN PIERRE PINTUCCI
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico):
NATURA LIBERO PROFESSIONALE PER 3H/SETT A N. 1 MEDICO DELLA DISCIPLINA DI OTORINOLARINGOIATRIA
con decorrenza dal 01.06.2021 AL 31.05.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

□di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

□ di non svolgere attività professionale;

☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione)

- SPECIALISTA OTORINOLARINGOIATRA
- -MEDICO DEL LAVORO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 09.06.2021 **IL DICHIARANTE F.TO JEAN PIERRE PINTUCCI**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MANUELA PIROTTA
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico):
PSICOLOGO
con decorrenza dal 01.01.2022 AL 31.12.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

□di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

□ di non svolgere attività professionale;

☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione)

- FONDAZIONE PATRIZIO PAOLETTI - FORMATORE
- STUDIO PRIVATO, SITO IN VIA EUSTACHI 40 MILANO
- FONDAZIONE ELICE ONLUS, COLLABOARAZIONE IN LIBERA PROFESSIONE DI PSICOLOGO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 25.01.2022 **IL DICHIARANTE F.TO PIROTTA MANUELA**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI

AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a VANESSA PIRRO
nato/a a PONTREMOLI (MS) Il 18/5/78 C.F. PRRVNS78E58G916P
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGO - LIBERO PROFESSIONISTA
con decorrenza dal _____ al _____

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE PRESSO LOCALI PRIVATO VIA S. STEFANO, 6 MILANO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 8/01/19 IL DICHIARANTE Vanessa Pirro

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [X] *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 8/01/19 *Firma del dipendente* _____

- [ ] *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a VALERIA PIRRO
nato/a a PORDENONE (PE) il 15/05/78 C.F. [redacted]
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
NATURA LIBERO PROFESSIONALE PER 1 PSICOLOGO SPECIALISTA NELLA DISCIPLINA DI PSICOTERAPIA con decorrenza dal 15/6/20 al 14/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

CONSULENZA PSICOLOGICA E PSICOTERAPIA STUDIO PRIVATO S. GREGORIO 6 MILANO
ORGANIZZAZIONE SCIENTIFICA C/O SIPR MILANO V. BERTA, 25

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 01/06/2020 **IL DICHIARANTE** Valeria Pirro

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

[X] *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a VALERIA PIRRO

nato/a a _____

residente a _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

INCARICO LIBERO PROFESSIONALE COME PSICOLOGO PSICOTERAPEUTA

con decorrenza dal 31/05/2021 al 30.05.2023

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

Attività Libero Professionale c/o STUDIO PRIVATO S. Gregorio 6 MILANO
Relatore per formazione c/o SPAZIO DIRIS COOP. SOC. ONLUS
Collaborazione c/o SIPRe - Società Italiana Psicoanalisi della Relazione

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 27/5/2021 IL DICHIARANTE Valeria Pirro

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a VALERIA PIRRO
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico):
PSICOLOGO
con decorrenza dal 20.09.2021 AL 19.09.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

□di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

□ di non svolgere attività professionale;

☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione)

- ATTIVITA' CLINICA C/O STUDIO PRIVATO VIA S. GREGORIO 6 MILANO
- ATTIVITA' DOCENZA/FORMAZIONE C/O SPAZIO IRIS COOP.SOC.ONLUS
- ATTIVITA' DOCENZA/FORMAZIONE C/O SIPRE MILANO SOC.PSICOANALISI DELLA RELAZIONE.

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 09.08.2021 **IL DICHIARANTE F.TO PIRRO VALERIA**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a PIRRONE STEFANO nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) PROGETTI INNOVATIVI SALUTE MENTALE UOC PSICHIATRIA con decorrenza dal 19/04/2022 al 31/12/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  - STUDIO PRIVATO BERGAMO
  - ASST BERGAMO EST

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 19/04/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO PIRRONE STEFANO

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il sottoscritto STEFANO PIRRONE
Nato ad. ALZANO LOMBARDO (BG) il 30.05.1988 C.F. PRRSFN88E30A246G
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
Psicologo - Psicoterapeuta nell'ambito del progetto 'Interventi territoriali Psichiatria e Case di Comunità ad alta intensità: un modello per l'integrazione e la multidimensionalità nella fascia tardo giovanile del disagio psichico

con decorrenza dal 12.09.2022 al 31.12.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

Presso il mio Studio di Psicologia e Criminologia Clinica e presso l'Asst Bergamo Est

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 16.08.2022 **IL DICHIARANTE STEFANO PIRRONE**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

✓*l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a PIVA VALERIA nato/a a il

C.F.

residente a Via Tel.

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) con decorrenza dal 19/04/2022 al 30/06/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ✓ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26/05/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO PIVA VALERIA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data ***Firma del dipendente***

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a PIVA VALERIA
nato/a a NEGRAR (VR) il 8-1-1995 C.F. PVIVLR95A48F861Z
residente a CARUGATE Via TOTI 26 Tel. 3483392890
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di [inserire tipologia e denominazione dell'incarico]

con decorrenza dal _____ al _____

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / Titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale,
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 29/3/2022 IL DICHIARANTE Valeria

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 29/3/22 *Firma del dipendente* _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione allo svolgimento di attività professionali ai sensi dell'art. 15, comma 1, lett. c), del D.Lgs. n. 33/2013	16/02/2017	01	Pagina 1 di 1

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a PIZZARDI AGNESE

nato/a a DESIO il 21/10/82 C.F. [redacted]

residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

INCARICO LIBERO PROFESSIONALE IN GINECOLOGIA ed OSTETRICIA

con decorrenza dal 22/6/20 al 21/6/22

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [X] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 18/06/20 IL DICHIARANTE Agnese Pizzardi

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a PIZZARDI AGNESE
nato/a a DESIO il 21/10/82, C.F. PZZGNS82R61D286F
residente a [redacted] n. [redacted] c.a.p. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO LIBERO PROFESSIONISTA di GINECOLOGIA
con decorrenza dal 20/3/18 al 19/3/20
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

X di non svolgere attività professionale;

di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs: 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data: VIMERCATE 9/3/18

Firma (per esteso e leggibile) Agnese Pizzardi

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CATERINA PIZZI

nato/a a _____ Il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE LP

con decorrenza dal 15.7.2021 al 30.9.2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 15/7/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a PLESHAKOVA Natalia

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

medico - vaccinatore LP

con decorrenza dal 30.04.21 al 31.07.21.

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio) medico – vaccinatore nella cooperativa Pavinci Salute.

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30.04.21 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 30/04/2021 ***Firma del dipendente*** _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a PAOLETTI MONIA

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE L.P. con decorrenza dal 3/6 al 31/7/21

con decorrenza dal _____ al _____

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 15/06/2021 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 15/06/2021 *Firma del dipendente* _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ORNAGO DUCE MARGHERITA

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE CP

con decorrenza dal 06/05/21 al 30/06/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [X] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 19/5/21 **IL DICHIARANTE** Duce Margherita Ornago

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 19/05/2021 ***Firma del dipendente*** _____

- [ ] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ALESSANDRA NANNINI
nato/a a _____ il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO VACCINATORE UP
con decorrenza dal 31/05/2021 al 31/07/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☑ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 03/06/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 03/06/2021 *Firma del dipendente* _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LEDA MONTALBANO
nato/a a _____ il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
Medico Vaccinatore UP
con decorrenza dal 4/6/2021 al 31/07/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☑ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 4/6/2021 **IL DICHIARANTE** Leda Montalbano

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengano presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ORIO MARIA LUIGI MANDELLI
nato/a a _____ il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO VACCINATO RSA C.P
con decorrenza dal 12/07/21 al 30/09/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 12/07/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a PONTI CLARISSA

nato/a a

residente a

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE LIBERO PROFESSIONISTA

con decorrenza dal 12/06/2021 al 11/09/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

MEDICO SPECIALIZZANDO IN GENETICA MEDICA PRESSO UNIVERSITÀ DI GENOVA

DICHIARA INOLTRE

- ☒ di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- ☒ di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- ☒ di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26/05/2021 IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a POORRAJABI SOHEILA

nato/a a TEHERAN - IRAN (EE) il 02/05/1980 C.F. PRRSHL80E42Z224W

residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

ATTIVITA' DI INFERMIERE PER EMERGENZA COVID-19

con decorrenza dal 20/04/2020 al 19/10/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [X] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 10/04/2020 IL DICHIARANTE Poorrajabi

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata/a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ELENA PERTINARO
nato/a a CASALE MONF.TO (AL) il 26/5/83 C.F. PRTLNE83E66B885G
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
UP d/o UNITA' PEDIATRIA e NEONATOLOGIA
con decorrenza dal _____ al _____

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [NO] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE COME MEDICO CON PERFEZIONAMENTO IN TERAPIA INTENSIVA NEONATALE PRESSO CDI / PEMACOOP

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 13/7/2020 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengano presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ELENA PONTIGGIA
nato/a a CASALE MONF. (AL) il 20/5/83 C.F. PNTLNE83E60B859G
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

con decorrenza dal 21/11/18 al 13/2/19

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

Libera Professione ambulatoriale Cronicità e
di ambulatoriale Prelievi

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 21/11/18 IL DICHIARANTE Elena Pontiggia

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 21/11/18 *Firma del dipendente* Pellegrini

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a TIZIANA POZZETTI
nato/a a VIMERCATE il 07/05/1982 C.F. PZZTZN82E47H052E

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGO PROGETTI INNOVATIVI REGIONALI - LIBERO PROFESSIONISTA
con decorrenza dal 01/01/19 al 31/12/2019

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (Indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
CONSULENTE CTU PRESSO ASSOCIAZ. NEUROPSICHIATRI ASSOCIATI
PSICOLOGA - PSICOTERAPEUTA PRESSO STUDIO PRIVATO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 07/01/2019 IL DICHIARANTE Tiziana Pozzetti

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

[X] *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 07/01/2019 *Firma del dipendente*

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a TIZIANA POZZETTI
nato/a a VIMERCATE il 07/05/1982 C.F. PZZTZN82E47H0522
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGO PROGETTI INNOVATIVI REGIONALI - ELENCO PROFESSIONISTI
con decorrenza dal 01/01/19 al 31/12/2019

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
CONSULENZA CTU PRESSO ASSOCIAZ NEUROPSICHIATRI ASSOCIATI PSICOLOGA - PSICOTERAPEUTA PRESSO STUDIO PRIVATO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 07/01/2019 IL DICHIARANTE Tiziana Pozzetti

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

[X] *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 07/01/2019 *Firma del dipendente* [signature]

[ ] *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a TIZIANA POZZETTI
nato/a a VIMERCATE il 07.05.1982 C.F. PZZTZN82E47H052Z
residente a V. Tel.
In relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LIBERO PROFESSIONISTA PER ATTIVITÀ DI BIOLOGO DEL DIPARTIMENTO DEI PROFESSIONISTI SANITARI DI SALUTE MENTALE con decorrenza dal 01.01.2020 al 31.12.2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
LIBERO PROFESSIONISTA BIOLOGO ASST BERGAMO OVEST

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/12/2019 IL DICHIARANTE Tiziana Pozzetti

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a TIZIANA POZZETTI
nato/a a V. MERCATE il 07/05/1983 C.F. PZZTZN83E47H05Z3
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGO NELLA DISCIPLINA BICOTERAPIA NELL'AMBITO DEI PROGETTI SALUTE MENTALE
con decorrenza dal 01/09/20 al 31/12/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

PSICOLOGA - PSICOTERAPEUTA PRESSO UOP.P.
ASST BERGAMO OVEST

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

PRESSO STUDIO PRIVATO CON SEDE IN LISSONE
VIA CAIROLI 39.

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 01/09/2020 IL DICHIARANTE Tiziana Pozzetti

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a VIRGINIA POZZETTI
nato/a a V. MERCATE il 07/05/1983 C.F. PZZVGN83E47H052Z
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGO NELLA DISCIPLINA PSICOTERAPIA NELL'AMBITO DEI PROGETTI SALUTE MENTALE
con decorrenza dal 01/09/20 al 31/12/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

PSICOLOGA - PSICOTERAPEUTA PRESSO UOMPIA ASST BERGAMO OVEST

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

PRESSO STUDIO PRIVATO CON SEDE IN LISSONE VIA CARDUCCI 39.

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 01/09/2020 IL DICHIARANTE Virginia Pozzetti

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:
☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a TIZIANA POZZETTI
nato/a a VIMERCATE il 07.05.1983 C.F. PZZTZN83E47H052Z
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGA - PSICOTERAPEUTA NELL'AMBITO DEI PROGETTI INNOVATIVI DI SALUTE MENTALE con decorrenza dal 1/1/2021 al 31/12/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
PSICOLOGA - PSICOTERAPEUTA LP PRESSO ASST FBF OVEST

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/12/2020 IL DICHIARANTE Tiziana Pozzetti

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Vimercate

U.O.C. Risorse Umane

QD_ENT_20196_411

Dichiarazione ai sensi dell'art. 15, comma 1, lett. c) del D.Lgs. n. 33/2013

Il/La sottoscritto/a Angelo Bozzi matr. _____

nato/a a Bergamo (BG) il 22/02/1969

domiciliato per la carica a Vimercate (ASST Vimercate) (MB)

in via SS Cosma e Damiano N.10 in servizio presso

ASST Vimercate - Presidio Carate in qualità di Collaboratore a t. determinato

(Unità Operativa, ubicazione) (Dirigente, Medico, Direttore, Consulente)

consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445, con riferimento alla propria posizione e all'incarico professionale di:

Collaboratore a titolo gratuito

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000

☐ di NON svolgere incarichi o di NON essere titolare di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione o di NON svolgere attività professionali;

☐ di svolgere incarichi o di essere titolare di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione o di svolgere attività professionali, come di seguito elencato:

Attività privata professionale presso propri studi a Bergamo Via San Lazzo 18

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

IL DICHIARANTE

Data 28.2.20 _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

FIRMA DEL DIPENDENTE

Data _____ _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a POZZOLI MARCO nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) COLLABORAZIONE PROFESSIONALE IN REGIME DI LAVOROAUTONOMO C/O HUB VACCINALI con decorrenza dal 21/12/2021 al 30/06/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  - MEDICO USCA C/O ATS BRIANZA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 27/05/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO POZZOLI MARCO

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a PRACCHI ANDREA nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) EDUCATORE PROFESSIONALE PER "PROGETTO GAP" con decorrenza dal 04/05/2022 al 31/12/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ✓ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  CRM COOPERATIVA SOCIALE ONLUS – EDUCATORE IN CDI ANZIANI SERVIZIO ACCREDITATO AL SSN

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  - EDUCATORE PROFESSIONALE PRESSO CDI ANZIANI
  - PSICOLOGO LIBERO PROFESSIONALE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 2/04/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO PRACCHI ANDREA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI

AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a PRINI CHIARA
nato/a a MILANO il 27/07/1981 C.F. PRNCHR81L67F205R
residente a _____ Via _____ Tel _____
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO LIBERO PROFESSIONALE A N°1 EDUCATORE PROFESSIONALE O TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA con decorrenza dal 1/01/18 al 31/12/2018

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 2/01/2018 IL DICHIARANTE Chiara Prini

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:
☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☑ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengano presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a PRINI CHIARA
nato/a a MILANO il 26/04/1981 C.F. PRNCHR81L66F205R
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA NELL'AMBITO DEI PROGRAMMI INNOVATIVI DELLA SALUTE MENTALE con decorrenza dal 1/01/19 al 31/12/19

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [X] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 16/01/19 IL DICHIARANTE C. Prini

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 16.01.19 *Firma del dipendente* [signature]

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Vimercate

U.O.C. Risorse Umane

QD_ENT_201710_116118

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a PRUNI CHIARA
nato/a a MILANO (MI) il 26/07/1984 C.F. PRNCHR84L66F205E
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
EDUCATORE PROFESSIONALE O TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA NELL'AMBITO DEI PROGETTI INNOVATIVI REGIONALI con decorrenza dal 01/01/21 al 31/12/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☑ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 07/01/2021

IL DICHIARANTE Chiara Pruni

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a QUADRINI FEDERICA
nato/a a BRESCIA il 16/11/1984 C.F. QDRFRC84S56B157G
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LIBERO PROFESSIONISTA per l'attività di MEDICO per la sorveglianza in funzione dell'epidemia COVID-19 con decorrenza dal _____ al 31/12/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
Medico Competente Libero Professionista in enti privati (vedi curriculum)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 28/10/2020 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a FEDERICA QUADRINI
nato/a a [redacted] il [redacted] C.F. [redacted]
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO nella DISCIPLINA di MEDICINA del LAVORO
con decorrenza dal 12/03/20 al 11/09/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [ ] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [x] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
MEDICO del LAVORO - COLLABORATORE PROFESSIONALE a TITOLO GRATUITO presso S.C. MEDICINA del LAVORO, OSPEDALE di DESIO - ASST MONZA.

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
MEDICO COMPETENTE LIBERO PROFESSIONISTA delle seguenti ditte: ASCOPLAST, FUTURA PLAST, G2 SERVICE, HST, SOFFIPLAST, ZETA BI PLAST, ZIBER PLAST, SERVIZI ITALIA sedi TRIVOLZIO - BARBARIGA - PODENZANO - PIACENZA, EY sedi BRESCIA - BERGAMO, EY ADVISORY sede BRESCIA, CRM cooperatori sociali.

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 12/03/2020 IL DICHIARANTE Federica Quadrini

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15. C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutive di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CARLO ALBERTO QUARTA
nato/a a MILANO il 22/11/1993 C.F. QRTCLL 93S22F205S
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO LIBERO PROFESSIONISTA DA ASSEGNARE ALLO UOPD CURE SUBACUTE
con decorrenza dal 1 al

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 29/10/2019 IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagine
Dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o alle titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione allo svolgimento di attività professionali ai sensi dell'art. 15, c. 1, lett. c), del d.lgs. 33/2013	09/10/2017	01	Pagina 1 di 1

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a RADAELLI LORENZO nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) MEDICO VACCINATORE PRESSO CVM VIMERCATE con decorrenza dal 20/01/2022 al 31/05/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ✓ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26/05/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO RADAELLI LORENZO

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a RADAELLI SAUL
nato/a a _____ Il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO - VACCINATORE LP
con decorrenza dal 21/05/2021 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

SOST. CONTINUITÀ ASSISTENZIALE
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 21/05/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 21/05/2021 *Firma del dipendente* _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a RIBOLDI LUIGI CARLO
nato/a a MILANO il 24-4-50 C.F. RBLLCR50D24 F205Z
residente a [redacted] tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LIBERO PROFESSIONISTA
con decorrenza dal 1/7/19 al 30/6/20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

ASST NORD MILANO
ASST MELEGNANO

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 3/7/19 IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengano presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a RIBICE LUIGI CARLO
nato/a a MILANO il 24/11/50 C.F. RBC CLR 50S24 F205 2
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO SPECIALISTA OST - 6/h
con decorrenza dal 1/11/18 al 30/6/19
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
LIBERO PROFESSIONISTA + ASST MODO MILANO
ASST VIMERCATE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data: MILANO 13/7/18

Firma (per esteso e leggibile)

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SARA RAGAZZO
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico):
TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA
con decorrenza dal 01.01.2022 AL 31.12.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

□di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

□ di non svolgere attività professionale;

☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione)

- TNPEE PRESSO CENTRO PRIVATO ACCREDITATO DON GNOCCHI – CENTRO S. MARIA AL CASTELLO PIAZZA CASTELLO 20-22 PESSANO CON BORNAGO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 17.03.2022 **IL DICHIARANTE F.TO SARA RAGAZZO**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SARA RAGNO

nato/a a _____

residente a _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

_____

con decorrenza dal 12/04/2021 al 31/12/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

INPEC PRESSO CENTRO PRIVATO - ~~CENTRO [illegible]~~ ACCREDITATO DON GNOCCHI- CENTRO S MARIA AL CASTELLO PIAZZA CASTELLO, 20-22, PESSANO CON BORNAGO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 17/03/2021 **IL DICHIARANTE** Sara Ragno

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Vimercate

U.O.C. Risorse Umane

QD_ENT_201710_116118

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a RAMACCIONI VALERIA MARIATERESA
nato/a a MILANO il 20/10/62 C.F. RMCVRM62R60F205K
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO LIBERO - PROFESSIONALE: MEDICO REUMATOLOGO CON DEGENZE IN DS /REUMATOLOGIA MEDICINA/VIMERCATE con decorrenza dal 3/07/20 al 2/03/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

PEDIATRA PRESSO CENTRI PRIVATI POLISPECIALISTICI:
- CAB NERVIANO & BARLASSINA
- ENSALUS LECCO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26/02/20 IL DICHIARANTE Valeria Ramaccioni

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione allo svolgimento di attività professionali ai sensi dell'art. 15, c. 1, lett. c), del d.lgs. 33/2013	03/10/2017	01	Pagina 1 di 1

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a RANCIANI VALERIA MARIATERESA

nato/a a

residente a

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO DI NATURA LIBERO PROFESSIONALE PER L'U.O. FISIATRIA: DEFINIZIONE SPECIALISTICA IN MEDICINA con decorrenza dal 3/3/21 al 2/3/22

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
ATTIVITÀ AMBULATORIALE PRESSO CENTRI POLISPECIALISTICI PRIVATI: - CENTRO ANALISI BARZANÒ (LC)
- SINSALUS (LECCO)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 1/3/21 IL DICHIARANTE Valeria Ranciani

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a RAMACCIONI VALERIA MARIATERESA
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico):
INCARICO DI NATURA LIBERO PROFESSIONALE – MEDICO SPECIALISTA IN PEDIATRIA
con decorrenza dal 03.03.2021 AL 02.03.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

□di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

□ di non svolgere attività professionale;

☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione)

- ATTIVITA' AMBULATORIALE PRESSO CENTRI POLIDIAGNOSTICI PRIVATI:
- - CENTRO ANALISI BARZANO'
- -ENSALUS- LECCO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 01.03.2021 **IL DICHIARANTE F.TO VALERIA MARIA TERESA RAMACCIONI**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Sheylla Yasmin Yajaira Ramos Aguirre

nato/a a _____

residente a _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

Libera Professione PER ATTIVITA DI INFERMIERE PER L'ATTUAZIONE DEL PIANO DI SOMMINISTRAZIONE DEI VACCINI SARS-COV.

con decorrenza dal 03/06/2021 al 02/09/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

Infermiere ~~presso punti vaccinali~~ IN REPARTO SUB ACUTI PRESSO COOPERATIVA SOCIALE DOLCE PRESSO SEDE DI BOLLATE.

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 28/5/2021 IL DICHIARANTE Sheylla Ramos

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a [redacted]
nato/a a [redacted] il [redacted] C.F. [redacted]
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
[redacted]
con decorrenza dal [redacted] al [redacted]

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [ ] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [x] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data [redacted] IL DICHIARANTE [redacted]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a REDAELLI PIETRO

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE COCOCO

con decorrenza dal 13/05/2021 al 30/06/2021.

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 13/05/2021 **IL DICHIARANTE** Pietro Redaelli

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 13/05/2021 *Firma del dipendente* _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a EDOARDO PERETTI
nato/a a _____ il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO VACCINATORE CO.CO.CO
con decorrenza dal 6/05/2021 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 6/05/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 06/05/2021 ***Firma del dipendente*** _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a VALENTINA NOSEDA

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE CO.CO.CO

con decorrenza dal 6/5/2021 al 30/6/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 6/5/2021 **IL DICHIARANTE** Valentina Noseda

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 06/05/2021 *Firma del dipendente* _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Arsen Malteni

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

Dr Medico Veterinario U.O.C.

con decorrenza dal 14/5/24 al 30/6/24

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 14/5/24 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 14/5/2024 *Firma del dipendente* _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a GIULIA MARI771

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

COCOCO PER ATTIVITA' VACCINALE

con decorrenza dal 23/4/2021 al 30/6/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 23/4/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

- [x] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a VALENTINA MARIANI

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE CO.CO.CO.

con decorrenza dal 29/04/2021 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 29/04/21 **IL DICHIARANTE** Valentina Mariani

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengano presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a DAVIDE MARIA MAGGIONI

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

INCARICO CO.CO.CO Comma MEDICO VACCINATORE

con decorrenza dal 20/4/21 al 30/06/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☒ di non svolgere attività professionale;

☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 20/04/21 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a RUFFO LISA
nato/a a LIMBIATE (MB) il 29.01.72 C.F. RFFLSI72A69E515910
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGA
con decorrenza dal 1-01-19 al 31-12-19

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  Libera Professione c/o Studio Privato

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 7.01.19 IL DICHIARANTE Ruffo

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 7.01.19 *Firma del dipendente*

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Vimercate

U.O.C. Risorse Umane

QD_ENT_201710_116118

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LISA REFFO

nato/a a UMBRIATE il 26/01/72 C.F. RFFLSI72A66L259O

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

di PSICOLOGO nell'AMBITO DEI PROGETTI INNOVATIVI DI S.M. di REGIONE LOMBARDIA con decorrenza dal 3.01.201 31.12.2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (Indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

LIBERA PROFESSIONE COME PSICOLOGA/PSICOTERAPEUTA PRESSO C/O STUDIO PRIVATO CONTABILE di BOVISIO MASCIAGO (MB)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data _____ IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione allo svolgimento di attività professionali ai sensi dell'art. 15, c. 1, lett. c), del d.lgs. 33/2013	03/10/2017	01	Pagina 1 di 1

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a REFFO LISA nato/a a _____ il _____

_____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) PSICOLOGA CONSULENTE PER IL PROGETTO REGIONALE SALUTE MENTALE con decorrenza dal 01/01/2021 al 31/12/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE COME PSICOTERAPEUTA C/O STUDIO DI PSICOLOGIA IN BOVISO M. – MB-

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/12/2020 **IL DICHIARANTE** F.TO REFFO LISA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LISA REFFO
nato/a a LECCO il 24.01.72 C.F. RFFLSI72A64E507D
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
DIRIGENTE PSICOLOGO c/o CPS

con decorrenza dal 11/7/22 al _____

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
Progetto Supervisione Personale Salute Mentale c/o UONPIA - ASST Brianza
dal 1/01/2022 al 31/12/2022

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
Attività Libero Professionale c/o Studio Privato

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 21.7.2022 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MARISA REGINA

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE L.P.

con decorrenza dal 21/5/2021 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 21/5/21 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ROSALBA RENZETTI
nato/a a NAPOLI il 9-11-61 C.F. RNZ RLB 61S49F839L
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MAESTRO di PILATES - LIB. PROF
con decorrenza dal _____ al _____

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
ONLUS FOND. Don S. Caccia OSTETRICA LIB. PROF
Humanitas PIOX MILANO - MAESTRO di PILATES
LIB. PROF.

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26.10.18 IL DICHIARANTE Rosalba Renzetti

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [X] *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*
Data 26.10.18 *Firma del dipendente* Rosalba Renzetti
- [ ] *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a DAVIDE RESNATI

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE CO-CO-CO

con decorrenza dal 11/5/2021 al 30/6/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 11/5/21 **IL DICHIARANTE** Daniele Resnati

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 11/05/2021 ***Firma del dipendente*** _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

☒/la sottoscritto/a RIFINO ANNAMARIA
nato/a a BARI il 21/05/1993 C.F. RFNNMR93E61A662Q
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INFERMIERE LIBERO PROFESSIONISTA PER EMERGENZA COVID 19
con decorrenza dal 17/04/2020 al 16/10/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 16/04/2020 IL DICHIARANTE Rifino Annamaria

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a RIGAMONTI ANNALISA

nato/a ERBA il 06/05/1992 C.F.RGMNLS92E46D416Q

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO SPECIALIZZANDO IN MEDICINA DI EMERGENZA URGENZA DA ASSEGNARE AL PRONTO SOCCORSO OSPEDALE DI DESIO

con decorrenza dal 08/07/2022 al 30/09/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

MEDICO SPECIALIZZANDO – SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN MEDICINA DI EMERGENZA URGENZA UNIVERSITA' DEGLI STUDI MILANO-BICOCCA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 03/07/2022 **IL DICHIARANTE Annalisa Rigamonti**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

✓l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a RINALDI LUIGI nato/a a _____ il _____
_____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) ATTIVITA' VACCINALE con decorrenza dal 12/04/2021 al 31/07/2021
sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE DI INFERMIERE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 12/04/2021 **IL DICHIARANTE** F.TO RINALDI LUIGI

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a EDOARDO RIVA
nato/a a LECCO il 06-12-78 C.F. RVI DRD 78T06 E507U
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGO LIBERO PROFESSIONISTA CURE PALLIATIVE VIMERCATE
con decorrenza dal 21/01/19 al

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  Fondazione Monteverdi - Cologno Monzese - psicologo consulente hospice
  LILT - Milano - psicologo consulente

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 21/01/19 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

[X] *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 21/01/19 *Firma del dipendente* [signature]

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a EDOARDO RIVA

nato/a a LECCO il 06/12/78 C.F. RVLDRD78T06E507U

residente a [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

PSICOLOGO LIBERO PROFESSIONISTA CURE PALLIATIVE

con decorrenza dal 15/01/18 al 14/12/18

sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

Hospice Colapso Monza

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:

Vimercate 13/07/18

Firma
(per esteso e leggibile)

Edoardo Riva

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ALESSANDRA ROPPASOLA
nato/a a
residente a
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO U.O.P. DI CURE PALLIATIVE IN QUALITA' DI PSICOLOGO
con decorrenza dal 07/06/2021 al 06/06/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

ASSOCIAZIONE ONLUS "PANEROPPADO AUTO" VIA AKBROSINI N°1, MONZA
STUDIO PROFESSIONALE PRIVATO VIA PIALERA N°67, SEDA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 20/05/2021 IL DICHIARANTE Alessandra Roppasola

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ROSAPANE DANIELE
nato/a a CERO il 02/07/1985 C.F. RSPDNL85L02CC933B
residente a [redacted] Via [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LIBERA PROFESSIONE PSICOLOGO PROGETTI INNOVATIVI
SALUTE MENTALE con decorrenza dal 1/1/19 al 31/12/19

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
PSICOLOGO PRESSO COOPERATIVA SOCIALE OASIS IPPOGRIFO - MOGGIO' (LC)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 7/1/19 IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 7/1/19 *Firma del dipendente*

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Vimercate

U.O.C. Risorse Umane

QD_ENT_201710_116118

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ROSAPANE DANIELE
nato/a a NOVA il 02/09/1982 C.F. RSPDNL82P02C933B
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGO - DISCIPLINA PSICOTERAPIA PROGETTI INNOVATIVI SALUTE MENTALE - NPIA con decorrenza dal 01-01-2018 al 31-12-2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

PSICOLOGO - COOPERATIVA SOLIDALE ONLUS
VARO GRIFO - MOGGIO' (LC)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 27/12/2017 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione allo svolgimento di attività professionali ai sensi dell'art. 15, c. 1, lett. c), del d.lgs. 33/2013	03/10/2017	01	Pagina 1 di 1

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a [illegible] nato/a a [illegible] il 02/07/1979 C.F. [illegible]

residente a [illegible] Via [illegible] Tel. [illegible]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

PSICOLOGO DELLA SOCIETÀ DI PSICOTERAPIA PROGETTI INNOVATIVI SALUTE MENTALE - BUSTO ARSIZIO con decorrenza dal 1/1/2018 al 31/12/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

PSICOLOGO - COOPERATIVA SOCIALE ONLUS IPPOGRIFO - MEDA (MB)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 27/12/2017

IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ROSAPANE DANIELE
nato/a a COMO il 02/07/1978 C.F. RSPDNL78L02C933S
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGO PROGETTI INNOVATIVI SALUTE MENTALE
con decorrenza dal 01/01/21 al 31/12/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
PSICOLOGO PRESSO COOPERATIVA SOCIALE ONLUS
IPPOGRIFO (MUGGIÒ)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30/12/2020 **IL DICHIARANTE** Daniele Rosapane

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ROSAPANE DANIELE nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) N°3 PSICOLOGI CPS DELIBERA 876 DEL 23/11/2021 con decorrenza dal 01/01/2022 al 31/12/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  DOCENTE PRESSO L'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO CON CONTRATTO LIBERO PROFESSIONALE

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  PSICOLOGO IN COOP. SOCIALE ONLUS IPPOGRIFO MUGGIO' (MB)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 02/02/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO ROSAPANE DANIELE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ROSSI ADRIANO

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE CC.CO.CO

con decorrenza dal 17/05/2021 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [X] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 17/05/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

- [X] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MASSIMO ROSSI
nato/a a MILANO il 5/5/82 C.F. RSSMSM82E05F205K
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO CHIRURGO in OCCASIONE dell' EMERGENZA COVID-19
con decorrenza dal 24/4/2020 23/10/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
INTERVENTISTA SPINALE e PUNTO-SCHEDE TWO PRESSO CENTRO TRAUMATOLOGICO DI VIA STELLE ALPINE LO CALICANTO BRIANZA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 1/4/2020 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:
☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ROSSI RITA STELLA

nato/a a VIMERCATE il 04/12/1970 C.F. RSSRST70T44M052X

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

CASE DI COMUNITA'

con decorrenza dal 01/07/2022 al 31/12/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

VISITE GINECOLOGICHE ED ECOGRAFIE GINECOLOGICHE PRESSO POLIAMBULATORIO MEDISAN A VILLASANTA E CAB POLIDIAGNOSTICO AD ARCORE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30/06/2022 **IL DICHIARANTE "F.TO RITA STELLA ROSSI"**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

✓*l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a ROSSI RITA STELLA

nato/a a VIMERCATE, il 04/12/1970, C.F. RSSRTS70T44H052X

residente a [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

LIBERO PROFESSIONALE

con decorrenza dal 1/08/2017 al 31/07/2019

sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

di non svolgere attività professionale;

di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

- CONTRATTO DI LIBERA PROFESSIONE C/O LA FONDAZIONE MONZA E BRIANZA PER IL BAMBINO E LA SUA MAMMA
- ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE C/O COOPERATIVA MEDISAN

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:

BIASSONO, 23 OTTOBRE 2017

Firma
(per esteso e leggibile)

Rita Stella Rossi

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ROSSI NITA STELLA

nato/a a __

residente a __

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

INCARICO LIBERO PROFESSIONALE

con decorrenza dal 1/8/2021 al 31/7/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

CONTRATTO DI LIBERA PROFESSIONE PRESSO LA FONDAZIONE MONZA e BRIANZA PER LI BAMBINI E LA SUA MAMMA E ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE PRESSO CENTRO POLIDIAGNOSTICO MEDISAN

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 2/8/2021 **IL DICHIARANTE** Rossi Stella Rossi

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

- [ ] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ROSSI RITA STELLA

nato/a a VIMERCATE il 04/12/1970 C.F. RSSRST70T44M052X

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di PROGETTO "PROMUOVERE E FAR CRESCERE IL CONSULTORIO"

con decorrenza dal 13.07.2022 al 12.07.2023

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

VISITE GINECOLOGICHE ED ECOGRAFIE GINECOLOGICHE PRESSO POLIAMBULATORIO MEDISAN A VILLASANTA E CAB POLIDIAGNOSTICO AD ARCORE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 13/07/2022 **IL DICHIARANTE "F.TO RITA STELLA ROSSI"**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

✓*l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a COTUGNO LAURA
nato/a a MILANO il 29/03/81 C.F. CTNLRA81C69F205L
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO LIBERO PROFESSIONALE A MEDICO SPECIALISTA in REUMATOLOGIA
con decorrenza dal 10/05/2020 al 09/05/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

[X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

[ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

[ ] di non svolgere attività professionale;

[Y] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

MEDICO REUMATOLOGO LIBERO PROFESSIONISTA c/o:
- CENTRO MEDICO SANT'AGOSTINO - S. San Giovanni a Milano
- CENTRO POLISPECIALISTICO PACINI - Milano

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 08/05/2020 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

[X] *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

[ ] *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LOTUNNO LAURA
nato/a a MILANO il 29/03/81 C.F. RTNLRA81C69F205L
residente a [redacted] (MI) Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO REUMATOLOGO IN LIBERA PROFESSIONE
con decorrenza dal 10/05/13 al 09/05/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
INCARICO LIBERO PROFESSIONALE MEDICO REUMATOLOGO c/o IRCCS ISTITUTO ORTOPEDICO GALEAZZI, dal 01/04/2019 a tempo indeterminato

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

☒ di non svolgere attività professionale;

☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
MEDICO REUMATOLOGO LIBERO PROFESSIONISTA c/o:
- CENTRO MEDICO SANT'AGOSTINO DI SESTO SAN GIOVANNI E A MILANO
- CENTRO POLISPECIALISTICO PACINI A MILANO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 08/05/2019 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 08/05/2019 *Firma del dipendente* [signature]

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a ROTUNNO LAURA
nato/a a MILANO il 29/03/81, C.F. RTNLRA81C69F205L
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) MEDICO LIBERO PROFESSIONISTA MEDICINA INTERNA REUMATOLOGIA con decorrenza dal 23/03/18 al 23/03/19
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

_ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

_ di non svolgere attività professionale;

Y di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
BORSA DI STUDIO c/o ASST G. PINI-CTO di MILANO
(dal 15/11/17 al 15/11/18)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:
VIMERCATE, 23/03/18

Firma (per esteso e leggibile)

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ROTUNNO LAURA

nato/a a _____

residente a _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

INCARICO LIBERO PROFESSIONALE a MEDICO SPECIALISTA IN REUMATOLOGIA

con decorrenza dal 10/05/2021 al 09/05/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

MEDICO REUMATOLOGO C/O:
- IRCCS ISTITUTO ORTOPEDICO GALEAZZI
- CENTRO MEDICO SANTAGOSTINO - CENTRO POLISPECIALISTICO PACINI

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 10/05/2021 **IL DICHIARANTE** Laura Rotunno

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

No [X] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 10/05/2021 *Firma del dipendente* _____

[X] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ROTUNNO LAURA nato/a a _____ il _____

_____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) INCARICO LIBERO PROFESSIONALE PER 54/SETT. AMBULATORIO DI REUMATOLOGIA con decorrenza dal 20/05/2022 al 19/05/2023

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ✓ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  INCARICO LIBERO PROFESSIONALE C/O U.O. DI REUMATOLOGIA DI IRCCS ISTITUTO ORTOPEDICO GALEAZZI DAL 4/2019 A TEMPO INDETERMINATO (25 ORE/SETT.)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  MEDICO REUMATOLOGO L.P. C/O:
  - CENTRO MEDICO SANTAGOSTINO – SOCIETA' E SALUTE SPA
  - CENTRO POLISPECIALISTICO PACINI

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 20/05/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO ROTUNNO LAURA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ROSARIA DANIELA
nato/a a [redacted] il 13/02/70 C.F. [redacted]
residente a [redacted] Via [redacted] Tel [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
ODONTOIATRA IN AMBULATORIO ODONTOIATRA SPECIALE
con decorrenza dal 13/03/19 13/2/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [ ] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  TITOLARE DI STUDIO
  CONSULENTE LEGALE DEL FILO D'ORO ONLUS

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 13/3/19

IL DICHIARANTE

presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:
a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto

a _____ *Firma del dipendente* _____

Istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e o)

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ROMANO DANIELA
nato/a a [redacted] il 23/7/90 C.F. RMN DNL 90L63 F4 06 C
residente a [redacted] Via [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
ODONTOIATRA AMBULATORIO ODONTOIATRIA SPECIALE
con decorrenza dal 23/9/19 al 23/09/20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

TITOLARE STUDIO ODONTOIATRICO
CONSULENTE LEGA DEL FILO D'ORO LESMO (MB)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 19/9/19

IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ROVARON DANIELA

nato/a a LODI il 23/07/73 C.F. RVRDNL73L63E648C

residente a [redacted] in [redacted] Tel. [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

ATTIVITÀ DI ODONTOIATRA AMBULATORIALE O SPECIALISTICA

con decorrenza dal 23/8/10 al 23/02/25

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

CONSULENTE LEZA DEL FILO D'ORO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

a 23/03/17

IL DICHIARANTE

presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:
a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto

Firma del dipendente

'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengano presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e)

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ROSARIO DANIELA
nato/a a ROMA il 23/02/70 C.F. RSR DNL 70B63 H501C
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
ASSUNTA DI ODONTOIATRA ATTIVITÀ ODONTOIATRICA SPECIALE
con decorrenza dal 20/3/18 al 23/7/20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgerè incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
CONSULENTE LEGALE DEL FIGLIO D'ARTE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

a 27/7/18

IL DICHIARANTE

resente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:
a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto

Firma del dipendente

'istenza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e)

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ROVARON DANIELA
nato/a a TONIA il 23/8/1970 C.F. RVRDNL70M63L304C
residente a CORREZZANA (MB) Via DON GIUSSANI 10 Tel. 3336/032335
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO LIBERO PROFESSIONALE 16 ORE ODONTOIATRIA SPECIALE DEL 12/03/2021
N° 143 DEL 12/3/2021 con decorrenza dal 15/3/21 al 14/3/2022
N°-Ass.V-2021-0026115 DEL 15/3/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☑ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  OSPEDALE SAN GERARDO TONA
  ODONTOIATRIA SPECIALE INCARICO LIBERO PROFESSIONALE

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  ODONTOIATRIA SPECIALE ASSOCIAZIONE ONLUS LOCA FILO D'ORO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 15/3/2021 IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a DANIELA RUINONI
nato/a a MONZA il 23/7/70 C.F. RNDNL70L63F704C
residente a COLNAGO (MB) Via DON GNOCCHI, 10 Tel. 333/6103734
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO LIBERO PROFESSIONALE C/O CENTRO DI CHIRURGIA BARIATRICA
AZIENDA SPEDALE con decorrenza dal 23/3/21 al 08/3/22 NOTA PROT. N. 155.V - del 1-0004198

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

ASST MONZA INCARICO LIBERO PROFESSIONALE

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

ATTIVITÀ PROFESSIONALE C/O STUDIO DI PROPRIETÀ
CONSULENZE LIBERI PROFESSIONALI C/O LEGATI ODV ONLUS

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 11/3/2021 IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BONARDI DANIELA
nato/a a ROMA il 23/2/70 C.F. RDNDNL70B63H501C
residente a CORNEDO (MB) Via DON GIUSSANI 10 Tel. 3336103234
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO LIBERO PROFESSIONALE DI ALTA SPECIALITÀ DELIBERA N°143 DEL 8/3/2021
ODONTOIATRIA SPECIALE con decorrenza dal 15/3/2021 al 14/3/2022
N. ASST VI - 2021 0008123 DEL 15/3/2021,

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☑ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  OSPEDALE SAN GERARDO MONZA
  ODONTOIATRIA SPECIALE INCARICO LIBERO PROFESSIONALE

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  ASSOCIAZIONE ONLUS LEGA DEL FILO D'ORO
  ODONTOIATRIA SPECIALE INCARICO LIBERO PROFESSIONALE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 15/3/2021 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a RUBAU RAFFAELLA

nato/a a MONZA il 7/7/67 C.F. RRLRFL67L47F704S

[redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

incarico di natura libero professionale nella disciplina di Psicologo

con decorrenza dal 1/7/19 al 30/6/20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [ ] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [x] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

incarico libero professionale in qualità di psicologa c/o casa di riposo S. Giuseppe onlus Caronno (VA)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 1/7/19

IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a BURAU RAFFAELLA
nato/a a MONZA il 7/7/62 C.F. BRLRFL62L47F704S
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
Psicologa
con decorrenza dal 1/7/18 al 20/6/19

sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [ ] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [x] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  CASA di RIPOSO SAN GIUSEPPE onlus CASNIGO (PSICOLOGA)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:
VIMERCATE, 25/6/18

Firma
(per esteso e leggibile)

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SACCANI SERGIO nato/a a _____ il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) _____ con decorrenza dal 30/06/2021 al 30/06/2022
sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  STUDIO DENTISTICO DOTT. SACCANI SERGIO VIA MAZZINI 4 PADERNO D.

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 27/05/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO SACCANI SERGIO

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SALA SUSANNA

nato/a a MONZA (MB) il 01/02/1980 C.F. SLASNN80B41F704Z

[redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

PSICOLOGO SPECIALISTA in PSICOTERAPIA

con decorrenza dal 01/07/2018 al 30/06/20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 28/06/18 IL DICHIARANTE Susanna Sala

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 28/06/18 *Firma del dipendente* [signature]

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a SALA SUSANNA

nato/a a MONZA, il 01/02/1980 C.F. SLA SNN 80B41 F704Z

residente a [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

PSICOLOGO NELLA DISCIPLINA DI PSICOTERAPIA

con decorrenza dal 01/04/18 al 30/06/19

sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

X di non svolgere attività professionale;

di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:

Vimercate, 12/06/18

Firma
(per esteso e leggibile)

Susanna Sala

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SALA FEDERICA

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

INFERMIERE CO.CO.CO. PER ATTIVITA' VACCINALE

con decorrenza dal 30/04/2021 al 31/07/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

INFERMIERE PRESSO STUDIO MEDICO PRIVATO

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30/04/2021 **IL DICHIARANTE** FEDERICA SALA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 30/04/2021 ***Firma del dipendente*** _____

- [ ] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SALA GIUDITTA nato/a a _____ il _____
_____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) INFERMIERE VACCINATORE LP con decorrenza dal 27/05/2021 al 31/07/2021
sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  INFERMIERE ADI

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 27/05/2021 **IL DICHIARANTE** F.TO SALA GIUDITTA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a Faiez Saleh

nato/a a Mash-had (ISRAELE), il 03/03/1952, C.F. SLHFZA52C03Z226M

residente a [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

Medico Specialista in dermatologia e venereologia

con decorrenza dal 01/07/18 al 30/06/19

sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

Medico specialista in dermatologia presso studi polispecialisti privati

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:
Sesto San Giovanni, 11/10/18

Firma
(per esteso e leggibile)
Faiez Saleh

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MONICA SACCO

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE COCO

con decorrenza dal 12/07/21 al 30/09/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 09/07/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SALVATORI MATTIA nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) MEDICO VACCINATORE con decorrenza dal DICEMBRE 2021 al GIUGNO 2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ✓ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26/05/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO SALVATORI MATTIA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Santagati Alice Angela Francesca nato/a a Catania il 23/08/1993 C.F. SNTLNG93M63C351P residente a Monza Via Lecco 88 Tel.3428496210 in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) Medico Vaccinatore con decorrenza dal 20/12/2021 al 30/06/2022.

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

X di non svolgere attività professionale;

☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data Monza 30/05/2022 **IL DICHIARANTE** 

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data Monza 30/05/2022 ***Firma del dipendente*** 

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a IACOPO SANTAMBROGIO

nato/a a _____

residente a _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO PSICHIATRA

con decorrenza dal 15/6/2021 al 14/6/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

PSICHIATRA LIBERO PROFESSIONISTA C/O FONDAZIONE ASFRI ONLUS A.S.F.R.I. MEDICO DI CAMPO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 8.6.21 IL DICHIARANTE Iacopo Santambrogio

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 8.6.21 *Firma del dipendente* Iacopo Santambrogio

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SANTAMBROGIO JACOPO nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) INCARICO LIBERO PROFESSIOANLE COME MEDICO PSICHIATRA con decorrenza dal 08/06/2021 al 07/06/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ✓ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  FONDAZIONE ADELE BONOLIS AS.FRA. DI VEDANO AL LAMBRO PSICHIATRA LIBERO PROFESSIONALE

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  PSICHIATRA LIBERO PROFESSIONALE C/O STUDIO PRIVATO CON SEDE IN MILANO VIA L. DI CREDI 3

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 08/06/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO SANTAMBROGIO JACOPO

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a IACOPO SANTAMBROGIO

nato/a a CARATE BRIANZA il 13/11/86 C.F. SNTJCP86S13B928W

residente a ____ in ____ Via ____ Tel. ____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

INCARICO DI BORSA PROFESSIONALE CON PSICOLOGIA CLINICA

con decorrenza dal 13/6/2022 al 12/6/2023

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

- FONDAZIONE OSPEDALE BOSELLI ASPELA DI VEDANO AL LAMBRO
- PSICOLOGIA C.P.

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

PSICOLOGIA C.P. C/O STUDIO PRIVATO CON SEDE IN VIA MILANO VIA L. DA VINCI, 2

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 5 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione

Data 20/6/2022 IL DICHIARANTE Iacopo Santambrogio

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 2, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☑ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 20/6/22 *Firma del dipendente* ____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione e allo svolgimento di attività professionali ai sensi dell'art. 15, comma 1, lett. c) del D.Lgs. n. 33/2013	16/02/2021	01	Pagina 1 di 1

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SANVITO IRENE SOFIA nato/a a _____ il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) _____ con decorrenza dal 01/09/2021 al 01/09/2022

Sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  PSICOLOGA L.P. PRESSO ASST MONZA NEL PROGETTO "DIPENDE DA COME MI ABBRACCI"

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  TNPEE IN LIBERA PROFESSIONE PRESSO IL "CENTRO MATERNO INFANTILE TIBODYWORK" DI ARCORE, SITO IN VIA CASATI 201

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 13/08/2021 **IL DICHIARANTE** F.TO SANVITO IRENE SOFIA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SANVITO IRENE SOFIA

nato/a a MONZA il 28/03/1987 C.F. SNVRSF87C68F704A

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA IN LIBERA PROFESSIONE.

con decorrenza dal 1/09/2022 al 31/08/2023

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

Presso il Centro Tibodywork'Institute di Arcore(MB)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 11/08/2022 IL DICHIARANTE F.TO Irene Sofia Sanvito

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☑ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SCACCABAROZZI CHIARA

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE CO.CO.CO.

con decorrenza dal 26/4/2021 al 30/6/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☒ di non svolgere attività professionale;

☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26/4/2021 **IL DICHIARANTE** Chiara Scaccabarozzi

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SCARDINO ANDREA
nato/a a PESARO (PU) il 20/12/1991 C.F. SCRNDR91T20G479L
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO DI LIBERA PROFESSIONE PER ATTIVITA' DI MEDICO DA ASSEGNARE ALLA UOSD BURE SUBACUTI con decorrenza dal 2/5/19 al 1/5/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 2/5/2019 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SCARDINO ANDREA
nato/a a PESARO (PU) il 20/12/91 C.F. SCRNDR91T20G479L
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO LIBERO PROFESSIONISTA IN ENEL SOGENTE
con decorrenza dal 15-10-18 al 1-5-19

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi.

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

SOSTITUZIONI COME MEDICO DI MEDICINA GENERALE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 4/10/18 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [x] *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 4. 10. 18 *Firma del dipendente* [signature]

- [ ] *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a VALENTINA SCOTTI
nato/a a SESTO S. GIOVANNI, il 9-10-78, C.F. SCTVNT78R49I683K
residente a [redacted]
In relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
CONTRATTO LIBERO PROFESSIONALE C/O AMBULATORI CARDIOLOGIA
con decorrenza dal 30/8/18 al 29/8/19
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  C/O CENTRO MEDICO TORRI BIANCHE, C/O TORRI SPORT, C/O CAR VIMERCATE, C/O FITNESS MONTECARLO DI TREZZA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs: 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data: Vimercate, 30/08/18

Firma (per esteso e leggibile) Valentina Scotti

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a VALENTINA SCOTTI

nato/a a SESTO S. GIOVANNI il 9.AR.78 C.F. SCTVNT78R49I736OK

Tel [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO NELLA DISCIPLINA DI CARDIOLOGIA

con decorrenza dal 30.8.18 al 29.8.2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

Cabo Medea Tomi Bicycle, Tomi Sport, CAB Monte (visite cardiologiche a medici sportivi)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26/8/18 IL DICHIARANTE Valentina Scotti

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 26/8/18 *Firma del dipendente* [signature]

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Valentina Scotti
nato/a a Sesto S Giovanni (MI) il 09/10/78 C.F. SCTVNT78R49I690X
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

con decorrenza dal 30/08/2020 al 29/08/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

come già segnalato sopra

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 18/08/2020

IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 18/08/2020 *Firma del dipendente*

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SECONANDI GIORGIO

nato/a a [redacted] il [redacted] C.F. [redacted]

residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

INFERMIERE EMERGENZA COVID-19

con decorrenza dal 11/3/20 al 16/9/20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 13/01/20 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MARIA SILVANA SETTANTA nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) INFERMIERE VACCINATORE LP con decorrenza dal 23/07/2021 al 30/09/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  INFERMIERA PRESSO CLINICA PRIVATAI

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 23/07/2021 **IL DICHIARANTE** F.TO MARIA SILVANA SETTANTA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a SHARIATI MOHAMMAD ALI
nato/a a SHAHREZA IRAN, il 11/10/1950, C.F. SHRMMM51R11Z224U
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
~~PENSIONE~~ CON MEDICO LIBERO PROFESSIONISTA
con decorrenza dal 01/07/2018 al 30/06/2019
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

ASST MONZA MEDICO LIBERO PROFESSIONISTA PER ECO DOPPLER

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data: VIMERCATE 24/07/2018

Firma
(per esteso e leggibile)

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SHARIATI MOHAMMAD Ali

nato/a a SHATTRUOH (LIBANO) il 17/10/1955 C.F. SHR [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

_____

_____ con decorrenza dal _____ al _____

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  INCARICO LIBRO PROFESSIONALE ASST MONZA

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26/06/2019 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 26.06.2019 *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SHARIATI mohammadali
nato/a a SHARIATI IRAN il 17/10/1951 C.F. SHR MMM 51R17 Z224U
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO EFETTUAZIONE ECO DOPPLER
con decorrenza dal 27/07/20 al 26/01/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

STUDIO PRIVATO IN SEDE VIA CARDINAL FERRARI N° 108

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 23/07/2020 IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SHARIATI MOHAMMAD ALI
nato/a a SHARIOD IRAN il 17/10/1951 C.F. SHR MMM 51R17 Z224U
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO EFETTUAZIONE ECO DOPPLER
con decorrenza dal 27/07/20 al 26/01/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

STUDIO PRIVATO IN SEDE VIA CARDINALE FERRARI N° 108

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 23/07/2020 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SIGNORELLI ANDREA
nato/a a ALTAMURA (BA) il 30/11/1992 C.F. SGNNDR92S30A225E
residente a [redacted] Via [redacted] Tel [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INFERMIERE LIBERO PROFESSIONISTA PER EMERGENZA COVID 19
con decorrenza dal 17/4/20 al 16/10/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 17/04/2020 IL DICHIARANTE Andrea Signorelli

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a SIRONI ELISABETTA LUCIA
nato/a a GIUSSANO, il 20/03/83, C.F. SRNLBT83C50E063A
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LIBERA PROFESSIONE
con decorrenza dal 1/3/18 al 28/2/19
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [X] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data: TRIUGGIO
11/03/2018

Firma
(per esteso e leggibile)
Elisabetta Lucia Sironi

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SIRONI VALENTINA
nato/a a CARATE BRIANZA il 11.06.1995 C.F. SRNVNT95H51B729Q
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LIBERO PROFESSIONISTA PER EMERGENZA COVID 19
con decorrenza dal 9.12.2020 al 8.6.2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  GUARDIA MEDICA PRESSO ISTITUTI CLINICI ZUCCHI, CARATE BRIANZA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 9.12.2020 IL DICHIARANTE Valentina Sironi

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SIRONI VALENTINA

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO PER ATTIVITÀ PRESSO U.O.C. CURE SUBACUTE

con decorrenza dal 1.08.2021 al 31.07.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26.07.2021 **IL DICHIARANTE** Valentina Sironi

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

- [ ] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SMORTA VERONICA
nato/a a DESIO il 09/03/1990 C.F. SMRVNC90C49D286B
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
incarico libero professionale nel progetto mataxa- città della salute
con decorrenza dal 01/09/2022 al 31/08/2025

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazioneEnte/società/
Attività libero prfessionale sul territorio, assistenza domiciliare infermieristica

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 18/07/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO VERONICA SMORTA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Solinas Marcello

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) Medico Vaccinatore CO.CO.CO.

con decorrenza dal 02/12/2021 al 31/12/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ✓ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 02/12/2021 **IL DICHIARANTE F.TO Solinas Marcello**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a [illegible]
nato/a a [illegible] il 22/8/7 C.F. [illegible]
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
[illegible]
con decorrenza dal 1/6/15 al 31/03/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

X di non svolgere attività professionale;

☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

[illegible]

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30/5/18 IL DICHIARANTE [illegible]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Vimercate

U.O.C. Risorse Umane

QD_ENT_201710_116118

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a SORDO VINCENZO

nato/a a NAPOLI il 28/8/71, C.F. SRDVCN71M28F839T

residente a [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

L.B. MED ORC

con decorrenza dal 1/6/18 al 31/5/19

sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [ ] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

TRASPORTO - O.N.G. - AMICI FOR - LIBERA PROFESSIONE

SONO ODONTOIATRA VOLONTARIA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:

VIMERCATE 1/6/18

Firma
(per esteso e leggibile)

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a LORENZA SOLDO
nato/a a [illegible] il 28/8/1971 C[redacted]
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
DI DIRIGENTE MEDICO-PROFESSIONE PER L'UNITÀ OPERATIVA DI MEDICINA
con decorrenza dal 1/6/2020 al 31/5/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
THERAPIA, AMBULATORIO SPA, STUDIO DOTT. PIDEMONTE QUARTO, MEDICO DI MEDICINA GENERALE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 1/6/2020 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a GIULIA SARA
nato/a a
residente a
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LIBERA PROFESSIONE FARMACISTA
con decorrenza dal 05/01/2021 al 04/01/2024

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ✓ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 04/01/2021 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a Spanò Francesca

nato/a a Como, il 30/10/1984, C.F. SPNFNC84R70C933Q

residente a [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

INCARICO LIBERO PROFESSIONALE / PSICOLOGA

con decorrenza dal 01/01/2017 al 31/12/2017

sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

PSICOLOGA PSICOTERAPEUTA LIBERA PROFESSIONISTA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data: Opera, 31/10/2017

Firma
(per esteso e leggibile)

Francesca Spanò

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Spinello Martina
nato/a a Segrate (MI) il 04/03/1995 C.F. SPNMTN95C44I577T
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di Cesano Maderno (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
Come TNPEE libero professionista nell'ambito dei progetti innovativi di salute mentale

con decorrenza dal _____ al 31/12/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

Impiegata come TNPEE presso "La Prateria" Soc. coop Soc. Onlus, struttura accreditata con il SSN.
Libera professionista come TNPEE presso lo studio privato LogoMirabello (Via A. Colautti 1, Milano) e presso lo studio privato ConTatto (Via XXV aprile, Senago).

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 16/08/2022 **IL DICHIARANTE** Spinello Martina

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Vimercate

U.O.C. Risorse Umane

QD_ENT_201710_116118

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a STEFANELLI ANNA ILARIA VALENTINA

nato/a a MAGUE il 19/11/1986 C.F. STFNLR86S59E815W

residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

INCARICO LIBERO PROFESSIONALE COME PSICOLOGA NELL'AMBITO DEI PROGRAMMI INNOVATIVI IN SALUTE MENTALE con decorrenza dal 01/01/2019 al 31/12/2019

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

ATTIVITÀ CLINICA PRIVATA COME LIBERO PROFESSIONISTA

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 07/01/2019 IL DICHIARANTE Maria Stefanelli

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 7/1 *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI

AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a STEFANEW ANNA LUISA VALENTINA
nato/a a [illegible] il 13/11/1966 C.F. STFNLS66S53E463W
residente a [illegible] Via [illegible] Tel. [illegible]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGO LIBERO PROFESSIONISTA NELL AMBITO DEI PROGETTI INNOVATIVI DI SALUTE MENTALE con decorrenza dal 01/01/20 al 31/12/20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

Attività clinica privata occasionale

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30/12/2019 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a STEFANELLI ANNA ILARIA VALENTINA
nato/a a MAGLIE il 19/11/1982 C.F. STFNLR82S59E815W
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGA LIBERO-PROFESSIONISTA per PROGETTO INNOVATIVO REGIONALE GIOVO
con decorrenza dal 01/01/2021 al 31.12.2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
ATTIVITA' LIBERO-PROFESSIONALE presso STUDIO PRIVATO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/12/2020 IL DICHIARANTE A. Maria V. Stefanelli

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 31/12/2020 *Firma del dipendente* A. Maria V. Stefanelli

[X] *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a STEFANELLI ANNA ILARIA VALENTINA
nato/a a _____ il _____
C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) INCARICO DI NATURA LIBERO PROFESSIONALE PER LE ATTIVITA' DI PSICOLOGO con decorrenza dal 01/01/2022 al 31/12/2022

Sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  PSICOLOGA L.P. PRESSO ASST MONZA NEL PROGETTO "DIPENDE DA COME MI ABBRACCI"

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  LIBERA PROFESSIONE PRESSO STUDIO PRIVATO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/12/2021 **IL DICHIARANTE** F.TO VERONICA TRESOLDI

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MARIA GRAZIA STELLA
nato/a a ISERNIA il 24/03/1993 C.F. STLMGR93C64E335U
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO VACCINATORE CON CONTRATTO LP
con decorrenza dal _____ al _____

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 10/05/21 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CARA CIVICCHI

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE L P

con decorrenza dal 11/06/2021 al 31/07/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

MEDICO DI GUARDIA MEDICA ATS LECCO

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 11/06/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a LAURA TACCHINI
nato/a a CHIAVENNA, il 13/05/1977, C.F. TCCLRA 77P57 C623E
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
CONTRATTO L.P. MEDICO CURE PALLIATIVE
con decorrenza dal 23/04/2018 al 22/07/2019
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:
VIMERCATE 18/07/2018

Firma
(per esteso e leggibile)

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a [illegible] nato/a a [illegible] il [illegible] C.F. [illegible]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) [illegible]

con decorrenza dal [illegible] al [illegible]

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data [illegible] IL DICHIARANTE [illegible]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione allo svolgimento di attività professionali ai sensi dell'art. 15, c. 1, lett. c), del d.lgs. 33/2013	03/10/2017	01	Pagina 1 di 1

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a TAFUNI DAVIDE

nato/a a ___

residente a ___

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO PS COVID

con decorrenza dal 2/4/21 al 1/7/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

MEDICO VACCINATORE PRESSO ISTITUTI CLINICI ZUCCHI DAL 25/03/21 FINO AL TERMINE DELLA CAMPAGNA VACCINALE

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

MEDICO VACCINATORE PRESSO ISTITUTI CLINICI ZUCCHI

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 25/03/21 **IL DICHIARANTE** ___

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data ___ ***Firma del dipendente*** ___

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a TALSO MICHELE
nato/a a MILANO il 08/05/84 C.F. TLSMHL84E08F205V
residente a [redacted] (Prov. [redacted]) n. [redacted] c.a.p. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO L. P. UROLOGIA
con decorrenza dal _____ al _____
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione.

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
MMAP MEDICA - TRIBIANO ROSA - VISITE AMBULATORIALI

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs: 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:
VIMERCATE, 02/08/2018

Firma
(per esteso e leggibile)

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a TALSO MICHELE,
nato/a a MILANO, il 02/05/1981, C.F. TLS MHL 81E02 F205 V
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO LIBERO PROFESSIONALE DI VIROLOGIA
con decorrenza dal 26/4/18 al 25/4/19
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:
VIMERCATE 24/04/18

Firma
(per esteso e leggibile)

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Vimercate

U.O.C. Risorse Umane

QD_ENT_201710_116118

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SILVIA TAMIAZZO
nato/a a MONZA il 31.10.1982 C.F. TMZSLV82R71F704D
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGIA CLINICA IN AMBITO PERINATALE PRESSO UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA OSPEDALE CARATE con decorrenza dal 18.5.20 al 17.5.'20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
STUDIO PRIVATO ATTIVITA' PSICOTERAPIA IN LIBERA PROFESSIONE SITO IN MACHERIO, VIA COPERNICO, 8

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 18.5.2020

IL DICHIARANTE Silvia Tamiazzo

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 18.5.2020 *Firma del dipendente* Silvia Tamiazzo

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SILVIA TAMIAZZO
nato/a a MONZA il 31/10/82 C.F. TMZSLV82R71F704D
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGO NELLA DISCIPLINA PSICOTERAPIA PRESSO OSPEDALE CARATE BRIANZA
con decorrenza dal _____ al _____

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

ATTIVITÀ PRIVATA DI PSICOTERAPIA

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 1/9/19 IL DICHIARANTE Silvia Tamiazzo

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15. C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SILVIA TAMIA
nato/a a [redacted] il 31/10/82 C.F. TMISLV82R71F704D
residente a [redacted] Via [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
* PSICOLOGA IN PSICOTERAPIA
con decorrenza dal 29.11.18 al 31.3.19

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

VISITE PRIVATE DI PSICOTERAPIA PRESSO STUDIO PRIVATO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 29.11.18 **IL DICHIARANTE** Silvia Tamia

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 29.11.18 *Firma del dipendente* [illegible]

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a SILVIA TAMIAZZO

nato/a a

residente a

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
"Attività pediatrica in ambulatorio e fiduciaria ASST Private"

con decorrenza dal 18.05.21 al 17.05.23

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  STUDIO PRIVATO (PEDIATRIA SITO IN MACHERIO, Via Copernico, 8

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 18.5.21 **IL DICHIARANTE** Silvia Tamiazzo

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengano presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CHIARA TERZAGNI

nato/a a GARBAGNATE MIL. il 18/06/82 C.F. TRZCHR82H58D912S

residente a _____ Via _____

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

LIBERA PROFESSIONE PROGETTI INNOVATIVI IN ANESTESIOLOGIA INFERMIERISTICA con decorrenza dal 01/01/20 al 31/12/20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

STUDIO PRIVATO CON SEDE IN SEREGNO (MB) VIA BARASSO 36

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/12/19 IL DICHIARANTE Chiara Terzagni

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 31/12/19 *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CHIARA TERRAGNI
nato/a a GARBAGNATE Mil. il 9/06/1987 C.F. TRRCHR87H59D912S
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGA presso NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
con decorrenza dal 1/01/19 al 31/12/19

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

libera professione presso proprio studio Privato

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 7/01/19 IL DICHIARANTE Chiara Terragni

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CHIARA TERRACINI
nato/a a GARBAGNATE MIL il 19/06/1987 C.F. TRRCHR87H59D912S
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PROGETTI INNOVATIVI SALUTE MENTALE - PSICOLOGO
con decorrenza dal 1/01/2021 al 31/12/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

psicologo presso proprio studio privato

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/12/2020 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a DILETTA TERRUZZI
nato/a a [illegible]
residente a: [illegible]
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO PER EMERGENZA COVID-19
con decorrenza dal 12/4/21 al 11/7/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☑ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  - MEDICO VACCINATORE PRESSO ISTITUTO CLINICO ZUCCHI (22/3/21 - fino cessazione)
  - MEDICO USCA PER ATS MONZA E BRIANZA (24/3/21 - fino necessità)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 27/3/21 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a VINCENZA TESSO
nato/a a NAPOLI il 24/11/1965 c.f. TSSVCN65S64F839T
residente a _____ Via _____ n. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGA CONSULENTE
con decorrenza dal 01/06/2022 al 31/12/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione,
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____ _____
_____ _____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

- COOPERATIVA COMIN - CONTRATTO DIPENDENZA PART-TIME
- LIBERA PROFESSIONE - STUDIO PRIVATO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa.
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 20/05/22 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 2, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a TETTAMANTI GIORGIA
nato/a a _____ il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO VACCINATORE CO.CO.CO.
con decorrenza dal 13/5/2021 al 30/6/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 13/5/2021 **IL DICHIARANTE** Giorgia Tettamanti

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

ASST Brianza

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Tocci Laura

nato/a a Taranto il 26/0871983 C.F. TCCLRA83M66L049I

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
Psicologo nella disciplina di Psicoterapia- U.O.S.D. Psicologia Clinica

con decorrenza dal 1/09/2022 al 31/08/2023

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ **X** di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☐ **X**di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  Studio Libero Professionale presso Associazione Equipe 96 , Corso Isonzo 96 Seveso

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30 Giugno 2021 **IL DICHIARANTE Laura Tocci**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a ELENA TONDELLI
nato/a a MILANO, il 20/3/1983, C.F. TNDLNE83C60F205W
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO SPECIALISTA in UROLOGIA LIB. PROF.
con decorrenza dal 1/6/18 al 10/6/19
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
ATTIVITÀ AMBULATORIALE MEDICO SPECIALISTA in UROLOGIA LIB. PROF. c/o H. S.GIUSEPPE, MILANO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data: VIMERCATE 1/6/18

Firma (per esteso e leggibile) Elena Tondelli

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a FEDERICA TONOLI
nato/a a MILANO il 06/10/1993 C.F. TNLFRC93R46F205A
residente a MASATE (MI) Via VERDI 2/B Tel. 3343303712
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO VACCINATORE
con decorrenza dal 05-12-2021 al 31-05-2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  SOSTITUZIONE MMG - MEDICO RSA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 05/12/2021 **IL DICHIARANTE** F. Tonoli

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 03/12/2021 ***Firma del dipendente*** _____

- [ ] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a TORRISI MIRIAM

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

ATTIVITA' SUPPORTO CAMPAGNA VACCINALE MEDICO SPECIALIZZANDO

con decorrenza dal 15/7/21 al 30/9/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 5/8/2021 IL DICHIARANTE Torrisi Miriam

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengano presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ANTONIETTA TRAPANI
nato/a a _____
residente a _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGO SPECIALISTA NEUROPSICHIATRIA INF.
con decorrenza dal 01.04.2021 al 31.12.2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

PSICOLOGA c/o TUTELA MINORI (COOP. SVILUPPO INSIEME - ONLUS)
PSICOLOGA LIBERO PROFESSIONISTA STUDIO PRIVATO

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 24.03.2021 **IL DICHIARANTE** Antonietta Trapani

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

- [ ] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a TRAPANI ANTONIETTA nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) INCARICO LIBERO PROFESSIONALE IN QUALITA' DI PSICOLOGA con decorrenza dal 01/01/2022 al 31/12/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  PSICOLOGA PRESSO TUTELA MINORI LIBERA PROFESSIONE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 01/01/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO TRAPANI ANTONIETTA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a VERONICA TIRBOLDI

nato/a a MONZA il 26/11/1995 C.F. TRB VNC 95S66F704O

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

LIBERO PROFESSIONISTA - TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITÀ DELL'ETÀ EVOLUTIVA

con decorrenza dal 04.08.21 al 31.12.21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

INCARICO LIBERO PROFESSIONALE PER ATTIVITÀ DI TNPEE PRESSO ASST SPEDALI CIVILI

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 3/02/2021 **IL DICHIARANTE** Veronica Tirboldi

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a VERONICA TRESOLDI nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) LIBERO PROFESSIONISTA – TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA con decorrenza dal 01/01/2022 al 31/12/2022

Sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  PSICOLOGA L.P. PRESSO ASST MONZA NEL PROGETTO "DIPENDE DA COME MI ABBRACCI"

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ✓ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  _____
  _____
  _____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 01/01/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO VERONICA TRESOLDI

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a [illegible]
nato/a a Milano il 9/11/76 C.F. [illegible]
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
Medico di Guardia
con decorrenza dal 18/01/19 al 31/12/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [X] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 18/1/2019 **IL DICHIARANTE** [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ANTONIO URT

nato/a a ALBANELLA (SA) il 20.1.1971 C.F. RTNNTN71A20A128W

residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

PORTAVOCE E CORRELATE ATTIVITA' DI INFORMAZIONE E RELAZIONI ESTERNE con decorrenza dal 1.3.2017 al 31.12.2023

O PERIODO INFERIORE IN RELAZIONE ALLA DURATA NATURALE DI

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

X di non svolgere attività professionale;

di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 21.02.2018 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 21.02.18 *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a JESSICA USAI

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO VACCINATORE LP

con decorrenza dal 13/05/2021 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☑ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 13/05/2021 **IL DICHIARANTE** Jessica Usai

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 13/05/2021 *Firma del dipendente* _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a FRANCESCA VALENTI
nato/a a BUSSOLENGO il 01/02/92 C.F. VLNFNC92B41B295V
residente a [redacted] (Prov [redacted] Via [redacted] n. [redacted] c.a.p. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA - PROGETTO GOS2
con decorrenza dal 01/01/18 al 31/12/18
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  LA NOSTRA FAMIGLIA - CMATE BRIANZA
  INCARICO DI FISIOTERAPISTA IN SOSTITUZIONE DI MATERNITÀ
  CONTRATTO 24 H/SETTIMANALI DAL 26/06/18 AL 31/07/20

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:
VIMERCATE, 26/06/18

Firma
(per esteso e leggibile)
Francesca Valenti

D.P.R. 445/2000
Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a FRANCESCA VALENTI
nato/a a BASSANO DEL G. (VI) il 01-07-1982 C.F. [redacted]
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA NELL'AMBITO DEI PROGETTI INNOVATIVI DI SALUTE MENTALE con decorrenza dal 01/01/2020 al 31/12/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  ASSOCIAZIONE LA NOSTRA FAMIGLIA – VIA SANT'AMBROGIO 32 CAMBIANO
  DIPENDENTE PART TIME (24 ORE) SOSTITUZIONE MATERNITA'
  INCARICO DI FISIOTERAPISTA

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  - STUDIO DI TERAPIA NEUROPSICOMOTORIA – VIA VERDI 18 VIMERCATE (MB)
  ATTIVITA' DI LIBERA PROFESSIONE IN TERAPIA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITA' DELL'ETA' EVOLUTIVA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 02/01/2020 IL DICHIARANTE Francesca Valenti

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:
☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a VALLAURI DAVIDE
nato/a a MILANO il 5/12/79 C.F. VLLDVD79T05F205N
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
SPECIALISTA NEUROLOGO
con decorrenza dal 2/11/18 al 31/3/19

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 25/10/18 IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [x] *La sottoscrizione viene apposta dinnanzi al dipendente addetto*

Data 25.10.18 *Firma del dipendente*

- [ ] *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a VALLAURI DAMIANO

nato/a a MILANO il 5/12/79 C.F. VLLDMN79T05F205N

residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

NEUROLOGO - LIBERO PROFESSIONISTA

con decorrenza dal 1/05/20 al 30/04/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30/4/2020 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a VALLARA DAVIDE

nato/a a [redacted] il [redacted] C.F. [redacted]

residente a [redacted] Via [redacted] Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO LIBERO PROFESSIONISTA

con decorrenza dal 1/4/20 al 30/4/20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 21/3/20 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a VALOBRA TOMMASO

nato/a a MILANO il 14/04/1989 C.F. VLBTMS89D14F205O

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) INCARICO LP MEDICO PRONTO SOCCORSO

con decorrenza dal 08/07/2022 al 30/09/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

MEDICO IN FORMAZIONE SPECIALISTICA SCUOLA DI MEDICINA D'EMERGENZA-URGENZA MILANO-BICOCCA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30/06/2022 **IL DICHIARANTE TOMMASO VALOBRA**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Ilaria Varisco
nato/a a Cernusco S/N il 11/06/1974 C.F. [redacted]
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
Psicologo Progetti Innovativi Regionali di salute mentale U.O.C di Neuropsichiatria infantile
con decorrenza dal 6/7/2020 al 31/12/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- X di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  ASST Melegnano e Martesana, incarico da libero professionista dal 4/07/2017 ad oggi (10 ore/sett)
  Consultorio Familiare Merate Fondazione Don Silvano Caccia, incarico da libero professionista, dal 20/09/2004 ad oggi (3 ore/sett)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  Studio professionale

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 3/7/2020 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:
☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Ilaria Varisco

nato/a a _____

residente a _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

Psicoterapeuta Progetto regionale a favore di soggetti giovani e adolescenti disagiati e delle loro famiglie

con decorrenza dal 30/6/21 al 29/11/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

ASST Melegnano e Martesana, incarichi da libero professionista dal 4/07/2017 ad oggi (10 ore/sett) e dal 10/12/2020 ad oggi (20 ore/sett)

Consultorio Familiare Merate Fondazione Don Silvano Caccia, incarico da libero professionista, dal 20/09/2004 ad oggi (rapporto in risoluzione)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

Studio privato

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 29/06/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengano presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a MARIO VENEGONI

nato/a a MILANO, il 02.02.1947 C.F. [redacted]

residente a [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) COORDINAMENTO PROGETTO NAZIONALE NEREAFAPS

con decorrenza dal _____ al _____

sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [x] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:

Vimercate 3.5.18

Firma
(per esteso e leggibile)

Mario Venegoni

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a VERGANI ANNA FRANCESCA
nato/a a _____ il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) MEDICO NELL'AMBITO DEL PROGETTO GAP con decorrenza dal 17/05/2021 al 31/12/2021
sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  ATTIVITÁ AMBULATORIALE E DIAGNOSTICA ECOGRAFICA IN REGIME LIBERO PROFESSIONALE – COLLABORAZIONE COORDINATA CONTINUATIVA PRESSO ISTITUTI CLINICI ZUCCHI GRUIPPO SAN DONATO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 17/05/2021 **IL DICHIARANTE** F.TO VERGANI ANNA FRANCESCA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a GIACOMO VERONESE nato/a a _____ il _____
_____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) MEDICO VACCINATORE con decorrenza dal 17/01/2022 al 31/03/2022
sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ✓ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

  _____
  _____
  _____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 11/02/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO GIACOMO VERONESE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CRISTIANA, VERGA

nato/a a _____

residente a _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) 5

INCARICO IN QUALITÀ DI PSICOLOGA PSICOTERAPEUTA PER I PROGETTI INNOVATIVI DI SALUTE MENTALE

con decorrenza dal 19/04/'21 al 31/12/'21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  - COLLABORAZIONE LIBERO PROFESSIONALE CON AMBULATORIO COLICAS
  - ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE CON PAZIENTI PRIVATI IN QUALITÀ DI PSICOTERAPEUTA (STUDIO IN MILANO, VIA DEI PELLEGRINI 3)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 19/04/'21 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

- [x] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a VETTORE IRENE nato/a a _____ il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) _____ con decorrenza dal 22/11/2021 al 31/12/2022
sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  FARE DIRE PENSARE INSIEME SITO IN CONCOREZZO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 17/09/2021 **IL DICHIARANTE** F.TO VETTORE IRENE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Vimercate

U.O.C. Risorse Umane

QD_ENT_201710_116118

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a VICCARDI NORMA
nato/a a ICONTA il 24-10-74 C.F. VCCNRM74R64F704C
residente a [redacted] Via [redacted] Tel.
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INFERMIERA
con decorrenza dal al

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ NO ASST di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
INFERMIERA C/O BINNALDI SRL CASATE BGA, COOP. SOLARIS di TRUCCHIO e RSA SCUOLA DI BERGAMO BGA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 25.3.20 IL DICHIARANTE Viccardi Norma

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 25.03.20 *Firma del dipendente* Viccardi Norma

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a VICENTI SILVIA
nato/a a ALTAMURA (BA) il 16/10/1974 C.F. VCNSLV74R56A225M
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INFERMIERA LIBERO PROFESSIONISTA PER EMERGENZA COVID-19 con decorrenza dal 17/04/2020 al 16/10/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [X] di non svolgere attività professionale;
- [ ] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 16/04/2020 IL DICHIARANTE Vicenti Silvia

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Vimercate

U.O.C. Risorse Umane

QD_ENT_201710_116118

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ANNA VIGANO'
nato/a a MILANO il 14-03-1986 C.F. VGNNNA86C54F205F
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
ASSISTENTE SOCIALE NELL'AMBITO DEL PROGETTO REGIONALE A. RANGER 01 SOGGETTI DEBOLI E DISAGIATI con decorrenza dal 4/11/20 al 3/04/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

ASSISTENTE SOCIALE PRESSO NUOVA LUCE NNIO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 2/11/2020 **IL DICHIARANTE** Anna Vigano'

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

[X] *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione allo svolgimento di attività professionali ai sensi dell'art. 15, c. 1, lett. c), del d.lgs. 33/2013	03/10/2017	01	Pagina 1 di 1

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ANNA VIGANO' nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) ASSISTENTE SOCIALE LIBERO PROFESSIONISTA con decorrenza dal 15/09/2021 al 14/02/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  PSICOLOGA L.P. PRESSO ASST MONZA NEL PROGETTO "DIPENDE DA COME MI ABBRACCI"

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  PROGETTO REDDITO DI CITTADINANZA PER L'AMBITO TERRITORIALE DI CARATE BRIANZA CON L'UFFICIO DI PIANO DI CARATE BRIANZA TRAMITE LA COOPERATIVA NOVOMILLENNIO VIA MONTECASSINO 8 - MONZA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 15/09/20201 **IL DICHIARANTE** F.TO ANNA VIGANO'

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a VIGHI ANASTASIA CORNELIA
nato/a a MILANO il 14/01/1977 C.F. [redacted]
residente [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGO LIBERO PROFESSIONISTA NELL'AMBITO DEI PROGETTI INNOVATIVI
DI SALUTE MENTALE con decorrenza dal 01/01/2014 al 31/12/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

PSICOLOGA PRESSO ASSOCIAZIONE LORENZO PERRONE ONLUS;
PSICOLOGA PRESSO STUDIO PARAT-UBBIS SRL;
PSICOLOGA PRESSO STUDIO NOVI - STUDIO DI PSICOLOGIA E PSICOTERAPIA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/12/2019 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Vimercate

U.O.C. Risorse Umane

QD_ENT_201710_116118

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a VIGNI ANASTASIA CORNELIA
nato/a a MILANO il 14/10/1987 C.F. VGHNTS87R54F205T
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGA
con decorrenza dal 01/01/2018 al 31/12/2018

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (Indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
PSICOLOGA LP PER ASSOCIAZIONE LOREMO PERSONE, PRESSO STUDIO PRIVATO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 04/01/2018 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione medesima.

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 4/1/18 *Firma del dipendente* [signature]

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagina
Dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione allo svolgimento di attività professionali ai sensi dell'art. 15, c. 1, lett. c), del d.lgs. 33/2013	03/10/2017	01	Pagina 1 di 1

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a VIGHI ANASTASIA CORNELIA
nato/a a MILANO il 14/10/1987 C.F. VGHNTS87R54F205T
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGO NELL'AMBITO DEI PROGETTI INNOVATIVI DI SALUTE MENTALE
con decorrenza dal 01/01/2021 al 31/12/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

X di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

X di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
PSICOLOGA-PSICOTERAPEUTA LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO ASSOCIAZIONE LORENZO PERRONE ONLUS, STUDIO PRIVATO PATAT E STUDIO PRIVATO MAMI

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30/12/2020 IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a VIGHI ANASTASIA CORNELIA
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico):
PSICOLOGO LIBERO PROFESSIONISTA NELL'AMBITO DEI PROGETTI INNOVATIVI DI SALUTE MENTALE
con decorrenza dal 01.01.2022 AL 31.12.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

□di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

□ di non svolgere attività professionale;

☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione)

- PSICOLOGA PSICOTERAPEUTA PRESSO ASSOCIAZIONE LORENZO PERRONE ONLUS E PRESSO STUDIO PATAT E STUDIO MAMI (STUDI PRIVATI)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31.12.2021 **IL DICHIARANTE F.TO ANASTASIA CORNELIA VIGHI**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a VIGHI ANASTASIA CORNELIA
nato/a a MILANO il 14/10/1987 C.F. VGHNTS87R54F205T
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
PSICOLOGO SPECIALISTA NELLA DISCIPLINA DI PSICOTERAPIA nell'ambito del progetto "Interventi territoriali in Psichiatria e Case di Comunità ad alta intensità: un modello per l'integrazione e la multidimensionalità nella fascia tardo giovanile del disagio psichico"
con decorrenza dal 11/07/2022 al 31/12/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  psicologa - psicoterapeuta presso Associazione Lorenzo Perrone ONLUS e presso studio Patat e studio Mami (studi privati)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30/06/2022 **IL DICHIARANTE F.TO Vighi Anastasia Cornelia**

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a VIGHI EUDOSSIA VIOLETTA
nato/a a MILANO il 12/04/1982 C.F. VGHGTT82D52F205K
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE FARMACISTA
con decorrenza dal 5/01/2021 al 4/07/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

☒ di non svolgere attività professionale;

☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31/12/2020 IL DICHIARANTE Vighi Eudossia

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a FRANCESCA VILLA
nato/a a
residente a
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO LIBERO PROFESSIONALE PSICOLOGO - PROGETTI INNOVATIVI SALUTE MENTALE U.O.C. NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
con decorrenza dal 7.06.2021 al 31.12.2021
sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
"PSICOTERAPEUTA" PRESSO STUDIO PRIVATO A TREVIGLIO (BG) - V.le Oriano 27 - 24047 -

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 18/03/2021 IL DICHIARANTE Francesca Villa

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

- [x] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Villa Gabriella

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

Medico specialista AP

con decorrenza dal 31/3/2021 al 2/7/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☑ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 30/11/2021 **IL DICHIARANTE** Gabriella Villa

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).

Dichiarazione ai sensi dell'art. 15, comma 1, lett. c) del D.Lgs. n. 33/2013

Il/La sottoscritto/a VILLA LUCIANO matr. _____

nato/a a ~~VIBO~~ CASATENOVO (LC) il 07 / 10 / 19[illegible]

domiciliato per la carica a VIMERCATE (MI

in via SANTI COSMA E DAMIANO in servizio pre

UOC TECNICO PATRIMONIALE in qualità di COLLABORATORE

(Unità Operativa, ubicazione) (Dirigente, Medico, Direttore, Consulen

consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445, con riferimento alla propria posizion all'incarico professionale di:

A TITOLO GRATUITO

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000

☒ di NON svolgere incarichi o di NON essere titolare di cariche in enti di diritto privato regola finanziati dalla Pubblica Amministrazione o di NON svolgere attività professionali;

☐ di svolgere incarichi o di essere titolare di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati d Pubblica Amministrazione o di svolgere attività professionali, come di seguito elencato:

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e del D. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informa esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013 presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'A Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati for nell'ambito della presente dichiarazione.

IL DICHIARANTE

Data 28.02.2020 Luciano Vill

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli artico e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

FIRMA DEL DIPENDENTE

Data _____ _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fron e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a VALERIA VILLA
nato/a a MONZA (MB) il 28/04/1965 C.F. VLLVLR65D68F704U
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO MEDICINA DISCIPLINA DI OFTALMOLOGIA
con decorrenza dal 09/05/19 al 08/05/20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

STUDIO PRIVATO (AGRATE BRIANZA - VIA GARIBALDI, 13/B
GESSATE - PIAZZA CORTE GRANDE, 37)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 15.04.19 IL DICHIARANTE Valeria Villa

Le presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Brianza

U.O.C. Risorse Umane

QD_ENT_201710_118

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Maria Elena Villaverde Quiros

nato/a a

residente a

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
Incarico libero professionale di infermiere per attività vaccinale

con decorrenza dal 07/05/2021 al 31/07/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  Infermiera professionale Studio Medico Dottoressa Maristella Vanini
  Infermiera Professionale presso RSA Fondazione Giuseppina Prina-Onlus. Erba.

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 23/04/2021 IL DICHIARANTE Mª Villaverde

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 23/04/2021 *Firma del dipendente* Mª Villaverde

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MICHELA VINCENZI
nato/a a PIACENZA il 15/01/1974 C.F. VNCMHL74S55G535Y
residente a [redacted] Via [redacted] Tel. [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LAUREATO IN SCIENZE DELL'EDUCAZIONE
con decorrenza dal 4/1/2019 al 31/12/2019

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  PSICOMOTRICISTA CON ASSOCIAZIONE LUDICA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 4/1/2019 IL DICHIARANTE Michela Vincenzi

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto.*

Data 4/1/19 *Firma del dipendente* [signature]

☐ *L'istanza e la dichiarazione costitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a MICHELA VINCENZI
nato/a a Piacenza il 15/1/74 C.F. VNCMHL74S55G535Y
residente a [illegible] Via [illegible] Te
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
docente in ambito della formazione
con decorrenza dal 1/1/20 al 31/12/20

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [x] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [x] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  Psicoterapeuta libero professionista
  con sede in Monza – via Thomas Edison

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 16/12/19 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a MICHELA VINCENZI

nato/a a PIACENZA il 25/11/1974 C.F. VNCMHL74S65C535Y

residente a [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
EDUCATRICE

con decorrenza dal SETTEMBRE 2017 al OGGI

sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  EDUCATRICE PRESSO ASST VIMERCATE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:

VILLASANTA, 31/10/2017

Firma
(per esteso e leggibile)

Michela Vincenzi

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a VISMARA FABIO
nato/a a SEREGNO il 22/04/1967 C.F. VSM FBA 67D22 I625U
residente a [redacted] Via [redacted] Tel [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE DI ODONTOIATRIA PRESSO SERVIZIO DI ODONTOIATRIA SPECIALE DI CARATTERE ADIANSA con decorrenza dal 14/10/19 al 27/02/2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE PRESSO PROPRIO AMBULATORIO ODONTOIATRICO SITO IN SEREGNO

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 14/10/19 IL DICHIARANTE [signature]

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a VISMARA FABIO

nato/a a SEREGNO il MB C.F. VSMFBA67D22I625V

residente a [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE PER CURE ODONTOIATRICHE IN ANESTESIA TOTALE C/ SALA OPERATORIA PRESSO CASA DI CURA [redacted] con decorrenza dal 15/6/17 al 13/6/19

sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  ODONTOIATRA LIBERO PROFESSIONALE PRESSO IL PROPRIO AMBULATORIO ODONTOIATRICO IN VIA LAZZARETTO 44 - 20831 SEREGNO (MB)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data: Besana Brianza 04/10/17

Firma (per esteso e leggibile) Fabio Vismara

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a VISHARA FEDERICA

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO SPECIALIZZANDO VACCINATORE LP

con decorrenza dal 20/04/21 al 30/06/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 20/04/21 **IL DICHIARANTE** Federica Vishara

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

La sottoscritta Veronica Vitali
Nata a Vimercate (MB) il 13/09/1993 CF. VTLVNC93P53M052I
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di Psicologo libero professionista nell'ambito di Progetti Innovativi di Salute Mentale (ETIM) - U.O.C Psichiatria

con decorrenza dal 1.09.2022 al 31.12.2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio) : Studio privato, psicologa libera professionista

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 1/08/2022 **IL DICHIARANTE** Veronica Vitali

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

□ x l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a VOTTO CARMELA
nato/a a MADDALONI (CE) il 15/05/1976 C.F. VTTCML76M55E791F
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

_____

con decorrenza dal 04-05-2021 al 31-07-2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☑ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

CASA DI RIPOSO MONTICELLO B. 3A (INFERMIERA)
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 4/05/21 **IL DICHIARANTE** Carmela Votto

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☒ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Vimercate

U.O.C. Risorse Umane

QD_ENT_201710_116118

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CHIARA ZAMBONI
nato/a a VERONA il 27/09/91 C.F. ZMBCHR91P67L781Z
residente a [redacted] Via [redacted] Tel [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LIBERO PROFESSIONALE - LOGOPEDISTA
con decorrenza dal 1-01-19 al 31-12-19

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
DOCENTE PRESSO UNIVERSITÀ DI MILANO - SEDE BOSISIO PARINI

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
LOGOPEDISTA PRESSO CENTRO LOGOS - VIMERCATE, CISERPP - VERONA
CENTRO SYNESIS - BG
DOCENTE PRESSO CISERPP

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 15/01/19 IL DICHIARANTE Chiara Zamboni

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☒ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 15/01/19 *Firma del dipendente* [signature]

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

Titolo Documento	Data	Revisione	Pagine
Dichiarazione relativa allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione allo svolgimento di attività professionali ai sensi dell'art. 15, c. 1, lett. c), del d.lgs. 33/2013	03/10/2017	01	Pagina 1 di 1

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CHIARA ZANBONI
nato/a a VERONA il 27/09/92 C.F. ZMBCHR92P67F838Z
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
LOGOPEDISTA NELL'AMBITO DEI PROGETTI INNOVATIVI DI SALUTE MENTALE
con decorrenza dal 01.01.20 al 31.12.2020

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  DOCENTE PRESSO L'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO
  DAL 18/09/19 AD OGGI

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  LOGOPEDISTA LIBERO PROFESSIONISTA PRESSO
  CENTRO LOGOS - PIAZZA MARCONI 36, 20059 VIMERCATE (MB)
  CENTRO SYNESIS, VIALE G. ZAUARITT 222, 20020 CORBETTA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 31.12.19

IL DICHIARANTE Chiara Zanboni

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

[I/la sottoscritto/a CHIARA ZAMBONI
nato/a a VERONA il 27/09/91 C.F. ZMBCHR91P67L781Z
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
INCARICO LIBERO PROFESSIONALE PER LE ATTIVITÀ DI LOGOPEDISTA NELL'AMBITO DEI PROGETTI INNOVATIVI DI SALUTE MENTALE con decorrenza dal 1.1.21 al 31.12.21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☒ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

DOCENTE PRESSO UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO LOGOPEDISTA RESPONSABILE DI UN PROGETTO DI SCREENING PRESSO SCUOLA PRIMARIA DI LALLIO.

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

LOGOPEDISTA LIBERA PROFESSIONISTA PRESSO STUDIO DI LOGOPEDIA LOGOS
LOGOPEDISTA LIBERA PROFESSIONISTA PRESSO CENTRO SYNESIS

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D. Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST Vimercate nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente*";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 07/01/22 IL DICHIARANTE _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *La sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

☐ *L'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a CHIARA ZAMBONI nato/a a il

C.F.

residente a Via Tel.

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) LOGOPEDISTA LIBERA PROFESSIONISTA con decorrenza dal 01/01/2022 al 31/12/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☐ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ✓ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)
  DOCENTE PRESSO L'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO CON CONTRATTO LIBERO PROFESSIONALE

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  LOGOPEDISTA LIBERA PROFESSIONISTA IN DUE STUDI PRIVATI E IN UN PROGETTO SCOLASTICO ANNUALE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 04/01/2022 **IL DICHIARANTE** F.TO CHIARA ZAMBONI

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a UMBERTO ZANIN
nato/a a 20 il _____ C.F. _____
residente a _____ Via _____ Tel. _____
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO VACCINATORE LP
con decorrenza dal 12/01/21 al 30/9/21

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____
_____
_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

USCA
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 08/02/21 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ *Firma del dipendente* _____

[X] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ZANNONI JESHCA
nato/a a MONZA il 14/04/91 C.F. ZNNJSC91D54F704F
residente a MONZA Via SEGRINO 4 Tel. 3351535582
in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO VACCINATORE COVID
con decorrenza dal 29/04/2021 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  MEDICO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 26/05/2021 **IL DICHIARANTE** Jessica Zannoni

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

- [ ] *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 26/05/2021 *Firma del dipendente*

- [ ] *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a BANOLA MARTA

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

Medico vaccinatore COVID

con decorrenza dal 04/06/2021 al 31/07/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☑ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 04/06/2021 **IL DICHIARANTE** _____

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 4/06/2021 *Firma del dipendente* _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a LORENZO ZAFFARI

nato/a a CATANIA il 6/5/1983 C.F. ZFFLNZ83E06C351Z

residente a [redacted] in via [redacted]

in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO CURE PALLIATIVE LIBERA PROFESSIONE

con decorrenza dal 23/7/18 al 22/7/19

sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;

☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

☐ di non svolgere attività professionale;

☒ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

CONTINUITÀ ASSLE (ASST MONZA)

MONZA EYE BANK (H. SAN GERARDO - MONZA)

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs: 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data: Vimercate 19/7/2018

Firma (per esteso e leggibile)

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a ZORZETTO CHIARA nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico) MEDICO VACCINATORE con decorrenza dal 21/12/2021 al 30/06/2022

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ✓ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

  _____
  _____
  _____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☐ di non svolgere attività professionale;
- ✓ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  - MEDICO DI GUARDIA C/O CLINICA PRIVATA
  - MEDICO DEI SERVIZI C/O AUXOLOGICO

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione "*Amministrazione Trasparente";*
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 21/12/2021 **IL DICHIARANTE** F.TO ZORZETTO CHIARA

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ l*a sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data _____ ***Firma del dipendente*** _____

☐ l'*istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro)*.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, C. 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a ZUCCHETTI FEDERICA
nato/a a MONZA il 7/3/86 C.F. ZCCFRC86C47F704X
residente a [redacted]
in relazione all'incarico presso l'ASST di Vimercate di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)
MEDICO di PEDIATRIA UBERO PROFESSIONISTA
con decorrenza dal 14/8/18 al
sotto la propria responsabilità, consapevole di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in merito alle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- [X] di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- [ ] di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico / carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

SEZIONE II – ATTIVITA' PROFESSIONALE

- [ ] di non svolgere attività professionale;
- [X] di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)
  SOSTITUZIONI di PEDIATRA di LIBERA SCELTA

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs: 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST di Vimercate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente";
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST di Vimercate ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Luogo e data:
MONZA 13/08/18

Firma
(per esteso e leggibile)
Federica Zucchetti

D.P.R. 445/2000

Ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000 qualora a seguito di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e della vigente normativa in materia.

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a PIETRO WILLIAM GIULIANI

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

MEDICO SPECIALIZZANDO VACCINATORE UP

con decorrenza dal 21/5/21 al 30/6/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☑ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☑ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 24/5/21 **IL DICHIARANTE** P Giuliani

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 24/05/2021 ***Firma del dipendente*** _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengono presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*

DICHIARAZIONE RELATIVA ALLO SVOLGIMENTO DI INCARICHI O ALLA TITOLARITÀ DI CARICHE IN ENTI DI DIRITTO PRIVATO REGOLATI O FINANZIATI DALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE E ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI AI SENSI DELL'ART. 15, COMMA 1, LETT. C), DEL D.LGS. 33/2013

(Dichiarazione sostitutiva di notorietà ex art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a Zyrianov Alekse i

nato/a a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ Via _____ Tel. _____

in relazione all'incarico presso l'ASST della Brianza di (inserire tipologia e denominazione dell'incarico)

medico vaccinatore, CO. CO. CO.

con decorrenza dal 21/05/2021 al 30/06/2021

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. n. 33/2013

SEZIONE I – INCARICHI E CARICHE

- ☒ di non svolgere incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione;
- ☐ di svolgere i seguenti incarichi e/o avere titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione (indicare Tipologia / titolo dell'incarico/carica, denominazione dell'Ente, durata dell'incarico/carica, eventuale compenso)

_____

_____

_____

SEZIONE II – ATTIVITÀ PROFESSIONALE

- ☒ di non svolgere attività professionale;
- ☐ di svolgere la seguente attività professionale (indicare tipologia ed eventuale denominazione Ente/società/Studio)

_____

_____

_____

DICHIARA INOLTRE

- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 e 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 presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 15, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, la presente dichiarazione sarà pubblicata, in caso di conferimento dell'incarico, sul sito web dell'ASST della Brianza nell'apposita sezione *"Amministrazione Trasparente"*;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASST della Brianza ogni variazione dei dati forniti nell'ambito della presente dichiarazione.

Data 21/05/2021 **IL DICHIARANTE** (A. Zyrianov).

La presente dichiarazione, esente da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, D.P.R. n. 445/2000, viene inoltrata a norma degli articoli 21 e 38 del D.P.R. n. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto:

☐ *la sottoscrizione viene apposta davanti al dipendente addetto*

Data 21/05/2021 *Firma del dipendente* _____

☐ *l'istanza e la dichiarazione sostitutiva vengano presentate unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità (fronte e retro).*