

All'A.S.S.T. Lariana  
Como

### AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto ATT. ANGELO MARIA ADESSO nato a MILANO  
(prov. MI.) il 04.01.1954 (M) F

ai sensi e agli effetti dell'art. 46 e 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R., ai fini dell'aggiornamento dello schedario

### DICHIARA

☒ di non fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;

☒ di non fruire di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente;

3) di essere / ~~non essere~~ (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista sanitario con massimale orario pari a 38 ore settimanali;

4) di svolgere la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale, a tempo indeterminato:

Branca specialistica o

Area professionale presso(2)

n. ore

dal

ODONTOIATRIA ASST LARIANA 38 19.02.2018

.....  
.....  
.....  
.....

5) ~~di essere~~/ non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale;

6) ~~di essere~~/non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;

7) ~~di esercitare~~/non esercitare (1) attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;

8) ~~di essere~~/ non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o società anche di fatto che esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;

9) ~~di svolgere~~/non svolgere (1) attività di medico di medicina generale;

10) ~~di svolgere~~/non svolgere (1) attività pediatra di libera scelta;

11) ~~di essere/non essere~~ (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

12) ~~di essere~~/non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

13) ~~di esercitare~~/non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e che non adottino le clausole economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e non si configuri un conflitto di interessi (in caso affermativo indicare la struttura o l'ente ed il tipo di attività \_\_\_\_\_);

14) ~~di svolgere~~/non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;

15) ~~di operare~~/non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N. (in caso affermativo indicare la struttura ed il tipo di attività \_\_\_\_\_);

16) ~~di essere~~/non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, comma 5, del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;

17) ~~di essere~~/non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;



18) di ~~avere~~/non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata \_\_\_\_\_);

19) di ~~essere~~/non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_.  
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): \_\_\_\_\_;

20) di ~~avere~~/non avere (1) riportato condanne penali;

21) di ~~avere~~/non avere (1) procedimenti penali pendenti;

22) di ~~percepire~~/non percepire (1) l'indennità di rischio o l'indennità specifica di categoria in base ad altro rapporto convenzionale (in caso affermativo indicare il tipo di attività svolta \_\_\_\_\_ e la misura dell'indennità percepita \_\_\_\_\_);

NOTE (3)

.....  
.....  
.....

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data 31.10.2019 Firma per esteso Cassella

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del D.P.R. 445/2000).

Firma apposta alla presenza di \_\_\_\_\_  
con identificazione del dichiarante mediante \_\_\_\_\_  
Il funzionario \_\_\_\_\_

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) Azienda Sanitaria o Istituzione Pubblica che applica le norme dell'Accordo Collettivo Nazionale degli specialisti ambulatoriali, veterinari e altre professionalità

(3) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.

<b>ASST Lariana</b> Direzione Amministrativa Attività Cliniche del Territorio  <b>10 MAG 2017</b>  Ricevuto il _____ Reg. N. _____
---

All'A.S.S.T. Lariana  
Como

### AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto LUZIA ANTONIETTI, nato a MESSINA  
(prov. ME) il 20/09/53 M F

ai sensi e agli effetti dell'art. 46 e 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R., ai fini dell'aggiornamento dello schedario

### DICHIARA

- 1) di non fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
- 2) di non fruire di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente;
- 3) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista sanitario con massimale orario pari a 38 ore settimanali;
- 4) di svolgere la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale, a tempo indeterminato:

Branca specialistica o Area professionale	presso(2)	n. ore	dal
ODONTOIATRIA PROTESICA	AZIENDA OSPEDALE A LEGNANO A.S. OVEST MILANESE	16.00	1/7/2006
ODONTOIATRIA PROTESICA E CONSERVATIVA	A.S.S.T. LARIANA COMO	21.00	1/12/2006
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....



5) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale;

6) di ~~essere~~/non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;

7) di ~~esercitare~~ /non esercitare (1) attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;

8) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o società anche di fatto che esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;

9) di ~~svolgere~~/non svolgere (1) attività di medico di medicina generale;

10) di ~~svolgere~~/non svolgere (1) attività pediatrica di libera scelta;

11) di essere/~~non essere~~ (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

12) di ~~essere~~/non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

13) di ~~esercitare~~/non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e che non adottino le clausole economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e non si configuri un conflitto di interessi (in caso affermativo indicare la struttura o l'ente ed il tipo di attività \_\_\_\_\_);

14) di ~~svolgere~~/non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;

15) di ~~operare~~/non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N. (in caso affermativo indicare la struttura ed il tipo di attività \_\_\_\_\_);

16) di ~~essere~~ /non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, comma 5, del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;

17) di ~~essere~~/non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;

18) di ~~avere~~/non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata \_\_\_\_\_);

19) di ~~essere~~/non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei MEDICI ODONTOIATRI di MILANO.  
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): \_\_\_\_\_;

20) di ~~avere~~/non avere (1) riportato condanne penali e di ~~avere~~/non avere (1) procedimenti penali pendenti;

21) di ~~percepire~~/non percepire (1) l'indennità di rischio o l'indennità specifica di categoria in base ad altro rapporto convenzionale (in caso affermativo indicare il tipo di attività svolta \_\_\_\_\_ e la misura dell'indennità percepita \_\_\_\_\_);

#### NOTE (3)

.....  
.....  
.....;

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data 2/5/14 Firma per esteso Luca Ontoni etr

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del D.P.R. 445/2000).

Firma apposta alla presenza di \_\_\_\_\_  
con identificazione del dichiarante mediante \_\_\_\_\_  
Il funzionario \_\_\_\_\_

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) Azienda Sanitaria o Istituzione Pubblica che applica le norme dell'Accordo Collettivo Nazionale degli specialisti ambulatoriali, veterinari e altre professionalità

(3) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.



### AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto PAOLO AVANTAGGIATO, nato a MAGLIE (prov. LE)  
il 22-02-1975 M F

- ai sensi e agli effetti dell'art. 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R. ai fini dell'aggiornamento dello schedario;
- consapevole che ai sensi dell'art. 27 comma 3, dell'ACN 31.3.2020 lo specialista ambulatoriale o il professionista deve comunicare all'Azienda presso cui opera ogni modifica relativa alla propria condizione professionale, con riferimento alle situazioni aventi riflesso sull'incompatibilità

### DICHIARA

1) di svolgere **attualmente** la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale (ACN 31.3.2020) a **tempo indeterminato/determinato**(1):

Branca specialistica o Area professionale	presso	n. ore
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	OSPEDALE S. ANTONIO ABATE - CANTÙ	29
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	P.O. FELICE VILLA - MARIANO C.S.E	9

2) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il S.S.N.;

3) di ~~essere~~ / non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;

4) di ~~esercitare~~ / non esercitare (1) attività, ovvero sia titolare o compartecipe di quote di imprese, anche di fatto, che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il S.S.N.;

5) di ~~svolgere~~ / non svolgere (1) attività di medico di medicina generale e di medico pediatra di libera scelta;

6) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

7) di ~~esercitare~~ / non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al S.S.N. e

che non adottino le clausole economiche dell'ACN 31.3.2020 e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e che si configuri un conflitto di interessi;

8) di ~~svolgere~~ / non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;

9) di ~~fruire~~ / non fruire (1) del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;

10) di ~~operare~~ / non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N.;

11) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art.8-quinquies del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;

12) di ~~essere~~ / non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;

13) di ~~fruire~~ / non fruire (1) di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente. Tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni delle "quote A e B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM e degli altri enti previdenziali, ove previsto o che fruiscano dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP);

14) di ~~avere~~/non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata \_\_\_\_\_);

15) di ~~essere~~/non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei MEICI di LECCE.  
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): \_\_\_\_\_;

16) di ~~avere~~/non avere (1) riportato condanne penali;

17) di ~~avere~~/non avere (1) procedimenti penali pendenti;

NOTE (2)

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data 03/02/21 Firma per esteso Piero Lucarelli

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a **copia fotostatica di un documento di identità** del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del DPR 445/2000).

- (1) cancellare la parte che non interessa
- (2) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.



All'A.S.S.T. Lariana  
Como

### AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto BARBON GIANCARLO nato a MILANO  
(prov. MI) il 22-11-1977 MF

ai sensi e agli effetti dell'art. 46 e 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R., ai fini dell'aggiornamento dello schedario

### DICHIARA

- 1) di non fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
- 2) di non fruire di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente;
- 3) ~~di essere~~ / non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista sanitario con massimale orario pari a 38 ore settimanali;
- 4) di svolgere la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale, a tempo indeterminato:

Branca specialistica o Area professionale	presso(2)	n. ore	dal
<u>OROPATOLOGIA</u>	<u>ASST - NOZZA</u>	<u>10</u>	<u>settimanali</u>
<u>ODONTOLOGIA</u>	<u>ASST - LARIANA</u>	<u>10</u>	<u>settimanali</u>
<u>ODONTOLOGIA</u>	<u>ASST - LEGGI</u>	<u>5</u>	<u>settimanali</u>
.....	.....	.....	.....

5) ~~di essere~~/ non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale;

6) ~~di essere~~/non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;

7) ~~di esercitare~~ /non esercitare (1) attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;

8) ~~di essere~~/ non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o società anche di fatto che esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;

9) di ~~svolgere~~/non svolgere (1) attività di medico di medicina generale;

10) di ~~svolgere~~/non svolgere (1) attività pediatrica di libera scelta;

11) di essere/~~non essere~~ (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

12) ~~di essere~~/non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

13) ~~di esercitare~~/non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfetariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e che non adottino le clausole economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e non si configuri un conflitto di interessi (in caso affermativo indicare la struttura o l'ente ed il tipo di attività \_\_\_\_\_);

14) ~~di svolgere~~/non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;

15) di ~~operare~~/non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N. (in caso affermativo indicare la struttura ed il tipo di attività \_\_\_\_\_);

16) di ~~essere~~/non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, comma 5, del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;

17) di ~~essere~~/non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;



18) di ~~avere~~/non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata \_\_\_\_\_);

19) di ~~essere~~/non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei medici e odontoiatri di Monte Zecchia.  
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): \_\_\_\_\_;


20) di ~~avere~~/non avere (1) riportato condanne penali e di ~~avere~~/non avere (1) procedimenti penali pendenti;

21) di ~~percepire~~/non percepire (1) l'indennità di rischio o l'indennità specifica di categoria in base ad altro rapporto convenzionale (in caso affermativo indicare il tipo di attività svolta \_\_\_\_\_ e la misura dell'indennità percepita \_\_\_\_\_);

NOTE (3)

.....  
.....  
.....;

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data 15/05/17 Firma per esteso 

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del D.P.R. 445/2000).

Firma apposta alla presenza di \_\_\_\_\_  
con identificazione del dichiarante mediante \_\_\_\_\_  
Il funzionario \_\_\_\_\_

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) Azienda Sanitaria o Istituzione Pubblica che applica le norme dell'Accordo Collettivo Nazionale degli specialisti ambulatoriali, veterinari e altre professionalità

(3) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.

All'A.S.S.T. Lariana  
Como

### AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto ELIANA BONETTI, nato a Como  
(prov. CO) il 16/12/76 M X

ai sensi e agli effetti dell'art. 46 e 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R., ai fini dell'aggiornamento dello schedario

### DICHIARA

- 1) di non fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
- 2) di non fruire di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente;
- 3) ~~di essere~~ / non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista sanitario con massimale orario pari a 38 ore settimanali;
- 4) di svolgere la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale, a tempo indeterminato:

Branca specialistica o Area professionale	presso(2)	n. ore	dal
<u>PSICOLOGA</u>	<u>ASST - LARIANA</u>	<u>25</u>	<u>2008</u>
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....



5) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale;

6) di ~~essere~~ / non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;

7) di ~~esercitare~~ / non esercitare (1) attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;

8) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o società anche di fatto che esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;

9) di ~~svolgere~~ / non svolgere (1) attività di medico di medicina generale;

10) di ~~svolgere~~ / non svolgere (1) attività pediatra di libera scelta;

11) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

12) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

13) di ~~esercitare~~ / non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e che non adottino le clausole economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e non si configuri un conflitto di interessi (in caso affermativo indicare la struttura o l'ente ed il tipo di attività \_\_\_\_\_);

14) di ~~svolgere~~ / non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;

15) di ~~operare~~ / non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N. (in caso affermativo indicare la struttura ed il tipo di attività \_\_\_\_\_);

16) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, comma 5, del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;

17) di ~~essere~~ / non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;

18) di ~~avere~~/non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata \_\_\_\_\_);

19) di ~~essere~~/non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale degli PSICOLOGI di LOMBARDIA.  
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): \_\_\_\_\_;

20) di ~~avere~~/non avere (1) riportato condanne penali;

21) di ~~avere~~/non avere (1) procedimenti penali pendenti;

22) di ~~percepire~~/non percepire (1) l'indennità di rischio o l'indennità specifica di categoria in base ad altro rapporto convenzionale (in caso affermativo indicare il tipo di attività svolta \_\_\_\_\_ e la misura dell'indennità percepita \_\_\_\_\_);

#### NOTE (3)

.....  
.....  
.....  
Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data 31/05/18.....Firma per esteso Stefano Beneggi.....

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del D.P.R. 445/2000).

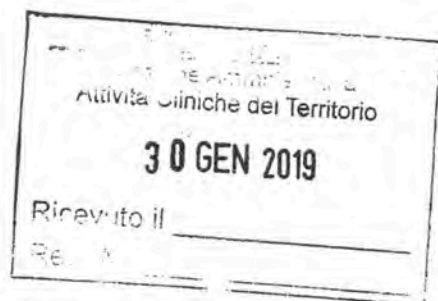
Firma apposta alla presenza di \_\_\_\_\_  
con identificazione del dichiarante mediante \_\_\_\_\_  
Il funzionario \_\_\_\_\_

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) Azienda Sanitaria o Istituzione Pubblica che applica le norme dell'Accordo Collettivo Nazionale degli specialisti ambulatoriali, veterinari e altre professionalità

(3) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.





All'A.S.S.T. Lariana  
Como

### AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto Benin Miriam, nato a Milano  
(prov. MI) il 28.05.1976 M (F)

ai sensi e agli effetti dell'art. 46 e 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R., ai fini dell'aggiornamento dello schedario

### DICHIARA

- 1) di non fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
- 2) di non fruire di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente;
- 3) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista sanitario con massimale orario pari a 38 ore settimanali;
- 4) di svolgere la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale, a tempo indeterminato:

Branca specialistica o Area professionale	presso(2)	n. ore	dal
<u>Psicologia</u>	<u>ASST LARIANA</u>	<u>12.5</u>	<u>31.12.2018</u>
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....



5) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale;

6) di ~~essere~~/non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;

7) di ~~esercitare~~ /non esercitare (1) attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;

8) di ~~essere~~/ non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o società anche di fatto che esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;

9) di ~~svolgere~~/non svolgere (1) attività di medico di medicina generale;

10) di ~~svolgere~~/non svolgere (1) attività pediatrica di libera scelta;

11) di essere/~~non essere~~ (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

12) di ~~essere~~/non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

13) di ~~esercitare~~/non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e che non adottino le clausole economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e non si configuri un conflitto di interessi (in caso affermativo indicare la struttura o l'ente ed il tipo di attività \_\_\_\_\_);

14) di ~~svolgere~~/non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;

15) di ~~operare~~/non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N. (in caso affermativo indicare la struttura ed il tipo di attività \_\_\_\_\_);

16) di ~~essere~~ /non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, comma 5, del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;

17) di ~~essere~~/non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;

18) di ~~avere~~/non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata \_\_\_\_\_);

19) di ~~essere~~/non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_.  
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): \_\_\_\_\_;

20) di ~~avere~~/non avere (1) riportato condanne penali e di avere/non avere (1) procedimenti penali pendenti;

21) di ~~percepire~~/non percepire (1) l'indennità di rischio o l'indennità specifica di categoria in base ad altro rapporto convenzionale (in caso affermativo indicare il tipo di attività svolta \_\_\_\_\_ e la misura dell'indennità percepita \_\_\_\_\_);

#### NOTE (3)

.....  
.....  
.....;

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data 23.1.19 Firma per esteso Krista Benin

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del D.P.R. 445/2000).

Firma apposta alla presenza di \_\_\_\_\_  
con identificazione del dichiarante mediante \_\_\_\_\_  
Il funzionario \_\_\_\_\_

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) Azienda Sanitaria o Istituzione Pubblica che applica le norme dell'Accordo Collettivo Nazionale degli specialisti ambulatoriali, veterinari e altre professionalità

(3) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.



All'A.S.S.T. Lariana  
Como

### AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto BERETTA MARIAVITTORIA, nato a COMO (prov. CO)  
il 26/03/1964 M FX

- ai sensi e agli effetti dell'art. 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R. ai fini dell'aggiornamento dello schedario;
- consapevole che ai sensi dell'art. 27 comma 3, dell'ACN 31.3.2020 lo specialista ambulatoriale o il professionista deve comunicare all'Azienda presso cui opera ogni modifica relativa alla propria condizione professionale, con riferimento alle situazioni aventi riflesso sull'incompatibilità

### DICHIARA

1) di svolgere **attualmente** la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale (ACN 31.3.2020) **a tempo indeterminato/ ~~a tempo determinato~~** (1):

Branca specialistica o Area professionale	presso	n. ore
<u>DERMATOLOGIA</u>	<u>ASST BERGAMO OVEST</u>	<u>15</u>
<u>DERMATOLOGIA</u>	<u>ASST LARIANA</u>	<u>8,5</u>
<u>/</u>	<u>/</u>	<u>/</u>
<u>/</u>	<u>/</u>	<u>/</u>

2) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il S.S.N.;

3) di ~~essere~~ / non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;

4) di ~~esercitare~~ / non esercitare (1) e attività, ovvero sia titolare o compartecipe di quote di imprese, anche di fatto, che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il S.S.N.;

5) di ~~svolgere~~ / non svolgere (1) attività di medico di medicina generale e di medico pediatra di libera scelta;

6) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

7) di ~~esercitare~~ / non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfetariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al S.S.N. e

che non adottino le clausole economiche dell'ACN 31.3.2020 e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e che si configuri un conflitto di interessi;

8) di ~~svolgere~~ / non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;

9) di ~~fruire~~ / non fruire (1) del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;

10) di ~~operare~~ / non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N.;

11) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art.8-quinquies del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;

12) di ~~essere~~ / non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;

13) di ~~fruire~~ / non fruire (1) di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente. Tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni delle "quote A e B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM e degli altri enti previdenziali, ove previsto o che fruiscano dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP);

14) di ~~avere~~ / non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata \_\_\_\_\_);

15) di ~~essere~~ / non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei MEDICI CHIRURGHI e ODONTOIATRI di COMO.  
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): \_\_\_\_\_;

16) di ~~avere~~ / non avere (1) riportato condanne penali;

17) di ~~avere~~ / non avere (1) procedimenti penali pendenti;

NOTE (2)

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data 11/06/2021 Firma per esteso Manuela Breve

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a **copia fotostatica di un documento di identità** del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del DPR 445/2000).

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.



**AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA**

Il sottoscritto C. ALESSANDRA BOLLETTI nato a Como (prov. Co)  
il 2-3-69 M F

- ai sensi e agli effetti dell'art. 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R. ai fini dell'aggiornamento dello schedario;
- consapevole che ai sensi dell'art. 27 comma 3, dell'ACN 31.3.2020 lo specialista ambulatoriale o il professionista deve comunicare all'Azienda presso cui opera ogni modifica relativa alla propria condizione professionale, con riferimento alle situazioni aventi riflesso sull'incompatibilità

**DICHIARA**

1) di svolgere **attualmente** la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale (ACN 31.3.2020) **a tempo indeterminato/determinato**(1):

Branca specialistica o  
Area professionale

presso

n. ore

dal

Dermatologia

ASST LARIANA

15

21.12.21

2) ~~di essere~~ / non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il S.S.N.;

3) ~~di essere~~ / non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;

4) ~~di esercitare~~ / non esercitare (1) e attività, ovvero sia titolare o compartecipe di quote di imprese, anche di fatto, che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il S.S.N.;

5) ~~di svolgere~~ / non svolgere (1) attività di medico di medicina generale e di medico pediatra di libera scelta;

6) ~~di essere~~ / non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

7) ~~di esercitare~~ / non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al S.S.N. e che non adottino le clausole economiche dell'ACN 31.3.2020 e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e che si configuri un conflitto di interessi;

8) ~~di svolgere~~ / non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;

9) ~~di fruire~~ / non fruire (1) del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;

10) ~~di operare~~ / non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N.;

11) ~~di essere~~ / non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art.8-quinquies del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;

12) ~~di essere~~ / non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;

13) ~~di fruire~~ / non fruire (1) di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente. Tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni delle "quote A e B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM e degli altri enti previdenziali, ove previsto o che fruiscano dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP);

14) ~~di avere~~/non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata \_\_\_\_\_);

15) ~~di essere~~/non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_.  
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): \_\_\_\_\_;

16) ~~di avere~~/non avere (1) riportato condanne penali;

17) ~~di avere~~/non avere (1) procedimenti penali pendenti;

NOTE (2)

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data 21.12.21 Firma per esteso Bellabianchi Antonio

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a **copia fotostatica di un documento di identità** del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del DPR 445/2000).

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.





All'A.S.S.T. Lariana  
Como

### AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto BONCHI ANNALISA, nato a DESIO  
(prov. MI) il 30.05.1976 M FX

ai sensi e agli effetti dell'art. 46 e 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R., ai fini dell'aggiornamento dello schedario

### DICHIARA

- 1) di non fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
- 2) di non fruire di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente;
- 3) ~~di essere~~ / non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista sanitario con massimale orario pari a 38 ore settimanali;
- 4) di svolgere la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale, a tempo indeterminato:

Branca specialistica o

Area professionale presso(2)

n. ore dal

UROLOGIA OSA 37 15/05/2017

.....

.....

.....

5) ~~di essere~~ non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale;

6) ~~di essere~~ non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;

7) ~~di esercitare~~ non esercitare (1) attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;

8) ~~di essere~~ non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o società anche di fatto che esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;

9) ~~di svolgere~~ non svolgere (1) attività di medico di medicina generale;

10) ~~di svolgere~~ non svolgere (1) attività pediatrica di libera scelta;

11) di essere/~~non essere~~ (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

12) ~~di essere~~ non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

13) ~~di esercitare~~ non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e che non adottino le clausole economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e non si configuri un conflitto di interessi (in caso affermativo indicare la struttura o l'ente ed il tipo di attività \_\_\_\_\_);

14) ~~di svolgere~~ non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;

15) ~~di operare~~ non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N. (in caso affermativo indicare la struttura ed il tipo di attività \_\_\_\_\_);

16) ~~di essere~~ non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, comma 5, del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;

17) ~~di essere~~ non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;



18) ~~di avere~~/non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata \_\_\_\_\_);

19) ~~di essere~~/non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei DEINCU di NONA.  
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): \_\_\_\_\_;

20) ~~di avere~~/non avere (1) riportato condanne penali e di ~~avere~~/non avere (1) procedimenti penali pendenti;

21) ~~di percepire~~/non percepire (1) l'indennità di rischio o l'indennità specifica di categoria in base ad altro rapporto convenzionale (in caso affermativo indicare il tipo di attività svolta \_\_\_\_\_ e la misura dell'indennità percepita \_\_\_\_\_);

NOTE (3)

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data 11/05/2012 Firma per esteso Beppo Beppo

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del D.P.R. 445/2000).

Firma apposta alla presenza di \_\_\_\_\_  
con identificazione del dichiarante mediante \_\_\_\_\_  
Il funzionario \_\_\_\_\_

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) Azienda Sanitaria o Istituzione Pubblica che applica le norme dell'Accordo Collettivo Nazionale degli specialisti ambulatoriali, veterinari e altre professionalità

(3) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.

## AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto BORRELLI DORIANA, nato a REGGIO CALABRIA (prov. RC)  
il 30.03.1959 M F X

- ai sensi e agli effetti dell'art. 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R. ai fini dell'aggiornamento dello schedario;
- consapevole che ai sensi dell'art. 27 comma 3, dell'ACN 31.3.2020 lo specialista ambulatoriale o il professionista deve comunicare all'Azienda presso cui opera ogni modifica relativa alla propria condizione professionale, con riferimento alle situazioni aventi riflesso sull'incompatibilità

## DICHIARA

1) di svolgere **attualmente** la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale (ACN 31.3.2020) **a tempo indeterminato/determinato**(1):

Branca specialistica o Area professionale	presso	n. ore
<u>ODONTOLOGICA</u>	<u>COMO VIA NAPOLEONA, 6</u>	<u>30</u>
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

2) di ~~essere~~ non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il S.S.N.;

3) di ~~essere~~ non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;

4) di ~~esercitare~~ non esercitare (1) e attività, ovvero sia titolare o compartecipe di quote di imprese, anche di fatto, che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il S.S.N.;

5) di ~~svolgere~~ / non svolgere (1) attività di medico di medicina generale e di medico pediatra di libera scelta;

6) di ~~essere~~ non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

7) di ~~esercitare~~ / non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al S.S.N. e



che non adottino le clausole economiche dell'ACN 31.3.2020 e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e che si configuri un conflitto di interessi;

8) di ~~svolgere~~ / non svolgere (1) funzioni fiscali nell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;

9) di ~~fruire~~ / non fruire (1) del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;

10) di ~~operare~~ / non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N.;

11) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art.8-quinquies del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;

12) di ~~essere~~ / non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;

13) di ~~fruire~~ / non fruire (1) di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente. Tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni delle "quote A e B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM e degli altri enti previdenziali, ove previsto o che fruiscano dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP);

14) di ~~avere~~/non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata \_\_\_\_\_);

15) di ~~essere~~/non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_.  
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): \_\_\_\_\_;

16) di ~~avere~~/non avere (1) riportato condanne penali;

17) di ~~avere~~/non avere (1) procedimenti penali pendenti;

NOTE (2)

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data 26/06/2021 Firma per esteso Carlo Bonelli

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a **copia fotostatica di un documento di identità** del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del DPR 445/2000).

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.

All'A.S.S.T. Lariana  
Como

### AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto CAROLI GUANNINO, nato a COMO  
(prov. CO) il 21-01-'55 MXF

ai sensi e agli effetti dell'art. 46 e 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R., ai fini dell'aggiornamento dello schedario

### DICHIARA

☒ di non fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;

☒ di non fruire di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente;

3) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista sanitario con massimale orario pari a 38 ore settimanali;

4) di svolgere la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale, a tempo indeterminato:

Branca specialistica o Area professionale	presso(2)	n. ore	dal
<u>OTOMINO CARUCCIOTTA</u>	<u>ASST. LARIANA</u>	<u>5</u>	<u>1985</u>
<u>li</u>	<u>li</u>	<u>3</u>	<u>2019</u>
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....



5) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale;

6) di ~~essere~~/non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;

7) di ~~esercitare~~ /non esercitare (1) attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;

8) di ~~essere~~/ non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o società anche di fatto che esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;

9) di ~~svolgere~~/non svolgere (1) attività di medico di medicina generale;

10) di ~~svolgere~~/non svolgere (1) attività pediatra di libera scelta;

11) di ~~essere~~/~~non~~ essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

12) di ~~essere~~/non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

13) di ~~esercitare~~/non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e che non adottino le clausole economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e non si configuri un conflitto di interessi (in caso affermativo indicare la struttura o l'ente ed il tipo di attività \_\_\_\_\_);

14) di ~~svolgere~~/non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;

15) di ~~operare~~/non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N. (in caso affermativo indicare la struttura ed il tipo di attività \_\_\_\_\_);

16) di ~~essere~~ /non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, comma 5, del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;

17) di ~~essere~~/non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;



18) di ~~avere~~/non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata

\_\_\_\_\_);

19) di ~~essere~~/non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_.

In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): \_\_\_\_\_;

20) di ~~avere~~/non avere (1) riportato condanne penali e di ~~avere~~/non avere (1) procedimenti penali pendenti;

21) di ~~percepire~~/non percepire (1) l'indennità di rischio o l'indennità specifica di categoria in base ad altro rapporto convenzionale (in caso affermativo indicare il tipo di attività svolta \_\_\_\_\_ e la misura dell'indennità percepita \_\_\_\_\_);

NOTE (3)

.....  
.....  
.....  
.....

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

ASST Lariana  
Specialistica Ambulatoriale Convenzionata  
Specialità: Otorinolaringoiatria  
Dr. Giannino Cairoli  
Mett. 60195  
C.F. 08169550962

Data 23.08.18.....Firma per esteso Giannino Cairoli

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del D.P.R. 445/2000).

Firma apposta alla presenza di \_\_\_\_\_  
con identificazione del dichiarante mediante \_\_\_\_\_  
Il funzionario \_\_\_\_\_

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) Azienda Sanitaria o Istituzione Pubblica che applica le norme dell'Accordo Collettivo Nazionale degli specialisti ambulatoriali, veterinari e altre professionalità

(3) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.



PROT. 19658

ASST Lariana

REGISTRO UFFICIALE  
0019658  
03/05/2017 - INGRESSO  
Classifica: K1

All'A.S.S.T. Lariana  
Como

### AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto COSMA CAPOBIANCO, nato a SALERNO  
(prov. ....) il 31.10.1961 (M) 2

ai sensi e agli effetti dell'art. 46 e 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R., ai fini dell'aggiornamento dello schedario

### DICHIARA

- 1) di non fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
- 2) di non fruire di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente;
- 3) di essere / ~~non essere~~ (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista sanitario con massimale orario pari a 38 ore settimanali;
- 4) di svolgere la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale, a tempo indeterminato:

Branca specialistica o Area professionale	presso(2)	n. ore	dal
<u>2 DONTIATRIA</u>	<u>ASST LARIANA</u>	<u>20</u>	<u>01.11.1988</u>
<u>"</u>	<u>ASST VALLE OLONA</u>	<u>4</u>	<u>01.10.1997</u>
<u>"</u>	<u>ASST SOTTOLICHI</u>	<u>16</u>	<u></u>
<u></u>	<u></u>	<u></u>	<u></u>

5) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale;

6) di ~~essere~~ / non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;

7) di ~~esercitare~~ / non esercitare (1) attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;

8) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o società anche di fatto che esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;

9) di ~~svolgere~~ / non svolgere (1) attività di medico di medicina generale;

10) di ~~svolgere~~ / non svolgere (1) attività pediatrica di libera scelta;

11) di essere / ~~non essere~~ (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

12) di essere / non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

13) di ~~esercitare~~ / non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e che non adottino le clausole economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e non si configuri un conflitto di interessi (in caso affermativo indicare la struttura o l'ente ed il tipo di attività \_\_\_\_\_);

14) di ~~svolgere~~ / non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;

15) di ~~operare~~ / non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N. (in caso affermativo indicare la struttura ed il tipo di attività \_\_\_\_\_);

16) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, comma 5, del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;

17) di ~~essere~~ / non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;



18) di ~~avere~~/non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata \_\_\_\_\_);

19) di ~~essere~~/non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei medici e odontoiatri di corso.  
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): \_\_\_\_\_;

20) di ~~avere~~/non avere (1) riportato condanne penali e di ~~avere~~/non avere (1) procedimenti penali pendenti;

21) di ~~percepire~~/non percepire (1) l'indennità di rischio o l'indennità specifica di categoria in base ad altro rapporto convenzionale (in caso affermativo indicare il tipo di attività svolta \_\_\_\_\_ e la misura dell'indennità percepita \_\_\_\_\_);

NOTE (3)

.....  
.....  
.....

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data 02.05.17 Firma per esteso Luca Caporaso

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del D.P.R. 445/2000).

Firma apposta alla presenza di \_\_\_\_\_  
con identificazione del dichiarante mediante \_\_\_\_\_  
Il funzionario \_\_\_\_\_

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) Azienda Sanitaria o Istituzione Pubblica che applica le norme dell'Accordo Collettivo Nazionale degli specialisti ambulatoriali, veterinari e altre professionalità

(3) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.

All'A.S.S.T. Lariana  
Como

### AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto SAPONERO LIVIO nato a CATANIA  
(prov. CT) il 28-10-1977 M\_F

ai sensi e agli effetti dell'art. 46 e 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R., ai fini dell'aggiornamento dello schedario

### DICHIARA

- 1) di non fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
- 2) di non fruire di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente;
- 3) di essere / ~~non essere~~ (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista sanitario con massimale orario pari a 38 ore settimanali;
- 4) di svolgere la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale a tempo indeterminato:

Branca specialistica o Area professionale	presso(2)	n. ore	dal
<u>ODONTIATRIA</u>	<u>PONTELABRO</u>	<u>2</u>	<u>2008</u>
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....



5) ~~di essere~~ / non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale;

6) ~~di essere~~ / non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;

7) ~~di esercitare~~ / non esercitare (1) attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;

8) ~~di essere~~ / non essere (1) titolare o partecipante di quote di imprese o società anche di fatto che esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;

9) ~~di svolgere~~ / non svolgere (1) attività di medico di medicina generale;

10) ~~di svolgere~~ / non svolgere (1) attività pediatrica di libera scelta;

11) ~~di essere~~ / non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

12) ~~di essere~~ / non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

13) ~~di esercitare~~ / non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e che non adottino le clausole economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e non si configuri un conflitto di interessi (in caso affermativo indicare la struttura o l'ente ed il tipo di attività \_\_\_\_\_).

14) ~~di svolgere~~ / non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;

15) ~~di operare~~ / non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N. (In caso affermativo indicare la struttura ed il tipo di attività \_\_\_\_\_).

16) ~~di essere~~ / non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, comma 5, del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;

17) ~~di essere~~ / non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;

18) ~~di avere~~/non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata \_\_\_\_\_);

19) ~~di essere~~/non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_  
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): \_\_\_\_\_;

20) ~~di avere~~/non avere (1) riportato condanne penali e di ~~avere~~/non avere (1) procedimenti penali pendenti;

21) ~~di percepire~~/non percepire (1) l'indennità di rischio o l'indennità specifica di categoria in base ad altro rapporto convenzionale (in caso affermativo indicare il tipo di attività svolta \_\_\_\_\_ e la misura dell'indennità percepita \_\_\_\_\_);

NOTE (3)

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data 03/05/17 Firma per esteso Luigi Caporaso

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del D.P.R. 445/2000).

Firma apposta alla presenza di \_\_\_\_\_  
con identificazione del dichiarante mediante \_\_\_\_\_  
Il funzionario \_\_\_\_\_

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) Azienda Sanitaria o Istituzione Pubblica che applica le norme dell'Accordo Collettivo Nazionale degli specialisti ambulatoriali, veterinari e altre professionalità

(3) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.



25 MAG 2018

Ricevuto il \_\_\_\_\_

Reg. N. \_\_\_\_\_

ALLEGATO B

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto CARLUCCI GIUSEPPE, nato a PIACENZA  
(prov. PC) il 22-09-1962 DK F

ai sensi e agli effetti dell'art. 46 e 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità civili e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R.

DICHIARA

1. ~~di essere~~ / non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale;
2. ~~di essere~~/non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;
3. ~~di esercitare~~/non esercitare (1) attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
4. ~~di essere~~/ non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o società anche di fatto che esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
5. ~~di svolgere~~/non svolgere (1) attività di medico di medicina generale;
6. ~~di svolgere~~/non svolgere (1) attività pediatra di libera scelta;
7. di essere/~~non essere~~ (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);
8. ~~di essere~~/non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);
9. ~~di esercitare~~/non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e che non adottino le clausole economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e non si configuri un conflitto di interessi ( in caso affermativo indicare la struttura o l'ente ed il tipo di attività \_\_\_\_\_ );
10. ~~di svolgere~~/non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;
11. ~~di fruire~~/non fruire (1) del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
12. ~~di operare~~/non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N. (in caso affermativo indicare la struttura ed il tipo di attività \_\_\_\_\_ );
13. ~~di essere~~ /non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, comma 5, del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;
14. ~~di essere~~/non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;
15. ~~di fruire~~/non fruire (1) di trattamento di quiescenza;
16. ~~di avere~~/non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata \_\_\_\_\_ );

17. ~~di essere~~/non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_. In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): \_\_\_\_\_;

18. ~~di avere~~/non avere (1) riportato condanne penali e di ~~avere~~/non avere (1) procedimenti penali pendenti;

19. ~~di percepire~~/non percepire (1) l'indennità di rischio o l'indennità specifica di categoria in base ad altro rapporto convenzionale (in caso affermativo indicare il tipo di attività svolta \_\_\_\_\_

e la misura dell'indennità percepita \_\_\_\_\_).

NOTE (3)

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data 16/5/18 ..... Firma per esteso \_\_\_\_\_

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del DPR 445/2000).

Firma apposta alla presenza di \_\_\_\_\_  
con identificazione del dichiarante mediante \_\_\_\_\_

Il funzionario \_\_\_\_\_

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) Azienda Sanitaria o Istituzione Pubblica che applica le norme dell'Accordo Collettivo Nazionale degli specialisti ambulatoriali, veterinari e altre professionalità

(3) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.

N.B. La presente autocertificazione informativa, con le appropriate modificazioni, è utilizzabile anche per le comunicazioni, ai comitati di cui all'art. 16 dell'ACN, relative alle modificazioni intervenute nello stato professionale.



## AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto LUCIO CARNEVALI, nato a BOLOGNA (prov. Bo)  
il 19/10/82 MX: \_\_\_\_\_

- ai sensi e agli effetti dell'art. 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R. ai fini dell'aggiornamento dello schedario;
- consapevole che ai sensi dell'art. 27 comma 3, dell'ACN 31.3.2020 lo specialista ambulatoriale o il professionista deve comunicare all'Azienda presso cui opera ogni modifica relativa alla propria condizione professionale, con riferimento alle situazioni aventi riflesso sull'incompatibilità

## DICHIARA

1) di svolgere **attualmente** la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale (ACN 31.3.2020) **a tempo indeterminato/determinato** (1):

Branca specialistica o  
Area professionale

presso

n. ore

dal

GERMATIA

ASST LARIANA

38

1/11/21

2) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il S.S.N.;

3) di ~~essere~~ / non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;

4) di ~~esercitare~~ / non esercitare (1) attività, ovvero sia titolare o compartecipe di quote di imprese, anche di fatto, che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il S.S.N.;

5) di ~~svolgere~~ / non svolgere (1) attività di medico di medicina generale e di medico pediatra di libera scelta;

6) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

7) di ~~esercitare~~ / non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al S.S.N. e che non adottino le clausole economiche dell'ACN 31.3.2020 e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e che si configuri un conflitto di interessi;

8) di ~~svolgere~~ / non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;

9) di ~~fruire~~ / non fruire (1) del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;

10) di ~~operare~~ / non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N.;

11) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art.8-quinquies del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;

12) di ~~essere~~ / non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;

13) di ~~fruire~~ / non fruire (1) di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente. Tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni delle "quote A e B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM e degli altri enti previdenziali, ove previsto o che fruiscano dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP);

14) di ~~avere~~ / non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata \_\_\_\_\_);

15) di ~~essere~~ / non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_.  
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): \_\_\_\_\_;

16) di ~~avere~~ / non avere (1) riportato condanne penali;

17) di ~~avere~~ / non avere (1) procedimenti penali pendenti;

NOTE (2)

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data

2/11/21

Firma per esteso

Luca Camerini

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a **copia fotostatica di un documento di identità** del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del DPR 445/2000).

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.



ASST Lariana  
REGISTRO UFFICIALE  
0012425  
23.02.2021 - INGRESSO  
Classifiche RI

All'A.S.S.T. Lariana  
Como

### AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto CARRECCI ANDREA, nato a COMO (prov. CO)  
il 10/03/1988 X F

- ai sensi e agli effetti dell'art. 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R. ai fini dell'aggiornamento dello schedario;
- consapevole che ai sensi dell'art. 27 comma 3, dell'ACN 31.3.2020 lo specialista ambulatoriale o il professionista deve comunicare all'Azienda presso cui opera ogni modifica relativa alla propria condizione professionale, con riferimento alle situazioni aventi riflesso sull'incompatibilità

### DICHIARA

1) di svolgere **attualmente** la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale (ACN 31.3.2020) **a tempo indeterminato/determinato**(1):

Branca specialistica o Area professionale	presso	n. ore
<u>C.M. MAXILLO FACCIALE PEDIATRICA</u>	<u>OSPEDALE NUOVA SANTI ANNA (SAN FERDINANDO BATTAGLIA)</u>	<u>20</u>
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

2) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il S.S.N.;

3) di ~~essere~~ / non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;

4) di ~~esercitare~~ / non esercitare (1) e attività, ovvero sia titolare o compartecipe di quote di imprese, anche di fatto, che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il S.S.N.;

5) di ~~svolgere~~ / non svolgere (1) attività di medico di medicina generale e di medico pediatra di libera scelta;

6) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

7) di ~~esercitare~~ / non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfetariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al S.S.N. e

che non adottino le clausole economiche dell'ACN 31.3.2020 e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e che si configuri un conflitto di interessi;

8) di ~~svolgere~~ / non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;

9) di ~~fruire~~ / non fruire (1) del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;

10) di ~~operare~~ / non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N.;

11) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art.8-quinquies del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;

12) di ~~essere~~ / non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;

13) di ~~fruire~~ / non fruire (1) di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente. Tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni delle "quote A e B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM e degli altri enti previdenziali, ove previsto o che fruiscano dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP);

14) di ~~avere~~ / non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata \_\_\_\_\_);

15) di ~~essere~~ / non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_.  
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): \_\_\_\_\_;

16) di ~~avere~~ / non avere (1) riportato condanne penali;

17) di ~~avere~~ / non avere (1) procedimenti penali pendenti;

NOTE (2)

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data: 10/02/2021 Firma per esteso: A. Nocerri

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a **copia fotostatica di un documento di identità** del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del DPR 445/2000).

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.



All'A.S.S.T. Lariana  
Como

### AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto LORENZO CASSISI nato a REGGIO CALABRIA  
(prov. RC) il 11-10-1953 M F Codice Fiscale ...

ai sensi e agli effetti dell'art. 46 e 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R., ai fini dell'aggiornamento dello schedario

### DICHIARA

- 1) di non fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
- 2) di non fruire di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente;
- 3) di essere / ~~non essere~~ (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista sanitario con massimale orario pari a 38 ore settimanali;
- 4) di svolgere la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale, a tempo indeterminato: OTORINOLARINGOIATRIA

Branca specialistica o Area professionale	presso(2)	n. ore	dal
<u>O.R.L.</u>	<u>Poliambulatorio di Pontelambro</u>	<u>15</u>	<u>1989</u>
<u>O.R.L.</u>	<u>Poliambulatorio di Olgetta</u>	<u>6</u>	<u>(1991?)</u>
<u>O.R.L.</u>	<u>I.N.A.L. COLO</u>	<u>12</u>	<u>2001</u>
<u>O.R.L.</u>	<u>I.N.A.L. LECCO</u>	<u>5</u>	<u>2003</u>

5) ~~di essere~~ / non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale;

6) ~~di essere~~ / non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;

7) ~~di esercitare~~ / non esercitare (1) attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;

8) ~~di essere~~ / non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o società anche di fatto che esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;

9) ~~di svolgere~~ / non svolgere (1) attività di medico di medicina generale;

10) ~~di svolgere~~ / non svolgere (1) attività pediatrica di libera scelta;

11) ~~di essere~~ / non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

12) ~~di essere~~ / non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

13) ~~di esercitare~~ / non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e che non adottino le clausole economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e non si configuri un conflitto di interessi (in caso affermativo indicare la struttura o l'ente ed il tipo di attività \_\_\_\_\_);

14) ~~di svolgere~~ / non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;

15) ~~di operare~~ / non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N. (in caso affermativo indicare la struttura ed il tipo di attività \_\_\_\_\_);

16) ~~di essere~~ / non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, comma 5, del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;

17) ~~di essere~~ / non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;



18) ~~di avere~~/non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata \_\_\_\_\_);

19) ~~di essere~~/non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei MEICI CHIRURGHI di CUERO.  
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): \_\_\_\_\_;

20) ~~di avere~~/non avere (1) riportato condanne penali e di avere/non avere (1) procedimenti penali pendenti;

21) ~~di percepire~~/non percepire (1) l'indennità di rischio o l'indennità specifica di categoria in base ad altro rapporto convenzionale (in caso affermativo indicare il tipo di attività svolta \_\_\_\_\_ e la misura dell'indennità percepita \_\_\_\_\_);

NOTE (3)

.....  
.....  
.....  
.....  
Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data 24-09-18 Firma per esteso Luigi Lazzari

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del D.P.R. 445/2000).

Firma apposta alla presenza di \_\_\_\_\_  
con identificazione del dichiarante mediante \_\_\_\_\_  
Il funzionario \_\_\_\_\_

- (1) cancellare la parte che non interessa  
(2) Azienda Sanitaria o Istituzione Pubblica che applica le norme dell'Accordo Collettivo Nazionale degli specialisti ambulatoriali, veterinari e altre professionalità  
(3) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.

**ASST Lariana**  
 Direzione Amministrativa  
 Attività Cliniche del Territorio

**- 9 MAG 2017**

Ricevuto il \_\_\_\_\_  
 Reg. N. 20571

All'A.S.S.T. Lariana  
 Como

### AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto SARA COLOMBO, nato a COMO  
 (prov. CO) il 14.08.1978 M. FX

ai sensi e agli effetti dell'art. 46 e 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R., ai fini dell'aggiornamento dello schedario

### DICHIARA

- 1) di non fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
- 2) di non fruire di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente;
- 3) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista sanitario con massimale orario pari a 38 ore settimanali;
- 4) di svolgere la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale, a tempo indeterminato:

Branca specialistica o Area professionale	presso(2)	n. ore	dal
<u>PSICOLOGIA CLINICA</u> <u>PSICOTERAPIA</u>	<u>U.O. PSICOLOGIA</u> <u>VIA NAPOLITANA</u>	<u>10</u>	<u>15/7/2017 a oggi</u>
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....



5) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale;

6) di ~~essere~~ / non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;

7) di ~~esercitare~~ / non esercitare (1) attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;

8) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o società anche di fatto che esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;

9) di svolgere / non svolgere ~~(1)~~ attività di medico di medicina generale;

10) di svolgere / non svolgere ~~(1)~~ attività pediatrica di libera scelta;

11) di essere / ~~non essere~~ (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

12) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

13) di ~~esercitare~~ / non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e che non adottino le clausole economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e non si configuri un conflitto di interessi (in caso affermativo indicare la struttura o l'ente ed il tipo di attività \_\_\_\_\_);

14) di ~~svolgere~~ / non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;

15) di ~~operare~~ / non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N. (in caso affermativo indicare la struttura ed il tipo di attività \_\_\_\_\_);

16) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, comma 5, del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;

17) di ~~essere~~ / non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;

18) di ~~avere~~/non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata \_\_\_\_\_);

19) di ~~essere~~/non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_.  
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): \_\_\_\_\_;

20) di ~~essere~~/non avere (1) riportato condanne penali e di ~~avere~~/non avere (1) procedimenti penali pendenti;

21) di ~~percepire~~/non percepire (1) l'indennità di rischio o l'indennità specifica di categoria in base ad altro rapporto convenzionale (in caso affermativo indicare il tipo di attività svolta \_\_\_\_\_ e la misura dell'indennità percepita \_\_\_\_\_);

#### NOTE (3)

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data 8/5/14 Firma per esteso Santi Goubo

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del D.P.R. 445/2000).

Firma apposta alla presenza di \_\_\_\_\_  
con identificazione del dichiarante mediante \_\_\_\_\_  
il funzionario \_\_\_\_\_

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) Azienda Sanitaria o Istituzione Pubblica che applica le norme dell'Accordo Collettivo Nazionale degli specialisti ambulatoriali, veterinari e altre professionalità

(3) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.



All'A.S.S.T. Lariana  
Como

### AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto COPIOLA ELISA nato a PAVA  
(prov. PV) il 06/04/80 M R

ai sensi e agli effetti dell'art. 46 e 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R., ai fini dell'aggiornamento dello schedario

### DICHIARA

- 1) di non fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
- 2) di non fruire di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente;
- 3) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista sanitario con massimale orario pari a 38 ore settimanali;
- 4) di svolgere la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale, a tempo indeterminato:

Branca specialistica o

Area professionale

presso(2)

n. ore

dal

CARDIOLOGIA	OLGIATE BONASCO	16	07/01
CARDIOLOGIA	MARIANO COMENSE	13,5	07/01
	TOT.	29,5	

5) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale;

6) di ~~essere~~ / non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;

7) di ~~esercitare~~ / non esercitare (1) attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;

8) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o società anche di fatto che esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;

9) di ~~svolgere~~ / non svolgere (1) attività di medico di medicina generale;

10) di ~~svolgere~~ / non svolgere (1) attività pediatra di libera scelta;

11) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

12) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

13) di ~~esercitare~~ / non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e che non adottino le clausole economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e non si configuri un conflitto di interessi (in caso affermativo indicare la struttura o l'ente ed il tipo di attività \_\_\_\_\_);

14) di ~~svolgere~~ / non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;

15) di ~~operare~~ / non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N. (in caso affermativo indicare la struttura ed il tipo di attività \_\_\_\_\_);

16) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, comma 5, del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;

17) di ~~essere~~ / non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;



18) di ~~avere~~/non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata \_\_\_\_\_);

19) di ~~essere~~/non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_.  
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): \_\_\_\_\_;

20) di ~~avere~~/non avere (1) riportato condanne penali e di ~~avere~~/non avere (1) procedimenti penali pendenti;

21) di ~~percepire~~/non percepire (1) l'indennità di rischio o l'indennità specifica di categoria in base ad altro rapporto convenzionale (in caso affermativo indicare il tipo di attività svolta \_\_\_\_\_ e la misura dell'indennità percepita \_\_\_\_\_);

#### NOTE (3)

.....  
.....  
.....

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data 14/01/19 Firma per esteso Elise Coppola

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del D.P.R. 445/2000).

Firma apposta alla presenza di \_\_\_\_\_  
con identificazione del dichiarante mediante \_\_\_\_\_  
Il funzionario \_\_\_\_\_

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) Azienda Sanitaria o Istituzione Pubblica che applica le norme dell'Accordo Collettivo Nazionale degli specialisti ambulatoriali, veterinari e altre professionalità

(3) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.

ASST Lariana

REGISTRO UTERO E

07/07/2020 - INGRESSO  
Classifiche: R1

(ALLEGATO B  
modificato dall'A.S.S.T. Lariana)

All'A.S.S.T. Lariana

### AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto ANNALISA CREANZA, nato a BARI (prov. BA)  
il 21.01.1989 M F Codice Fiscale RA

ai sensi e agli effetti dell'art. 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R.,

### DICHIARA

1) ☒ di essere cittadino italiano;

1.1) ☐ di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE (specificare).....



5b)..... presso l'Università di..... conseguita  
il...../...../..... senza lode ☐ con lode; con voto.....☐

6) di non fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;

7) di non fruire di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente (tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni delle "quote A e B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM e degli altri enti previdenziali, ove previsto o che fruiscono dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP));

8) di avere svolto e di svolgere l'attività in qualità di **medico specialista / professionista ambulatoriale** ai sensi dell'A.C.N 31.3.2020 a **tempo indeterminato**:

Branca specialistica o

Area professionale

presso(2)

n. ore

dal

al

~~DIABETOLOGIA~~

OLGIATE COMASCO

9h

15/6/20

~~DIABETOLOGIA~~

DIABETOLOGIA

PONTE LAMBRO

7h30'

15/6/20

~~DIABETOLOGIA~~

DIABETOLOGIA

COMO - NAPOLEONA

8h30'

15/6/20

9) di essere / non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il S.S.N.;

10) di essere / non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;

11) di esercitare / non esercitare (1) attività, ovvero sia titolare o compartecipe di quote di imprese, anche di fatto, che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il S.S.N.;

12) di svolgere / non svolgere (1) attività di medico di medicina generale e di medico pediatra di libera scelta;

13) di essere / non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di **specialista ambulatoriale**, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

14) di essere / non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di **specialista ambulatoriale**, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

15) di esercitare / non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfetariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al S.S.N. e che non adottino le clausole economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e non si configuri un conflitto di interessi ( in caso affermativo indicare la struttura o l'ente ed il tipo di attività.....);

16) di svolgere / non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;

17) di operare / non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N. (in caso affermativo indicare la struttura ed il tipo di attività \_\_\_\_\_);

18) di essere / non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art.8, comma 5, del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;

19) di essere / non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;

20) di avere / non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata \_\_\_\_\_);

21) di essere / non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_.

In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_;

22) di avere / non avere (1) riportato condanne penali;

23) di avere / non avere (1) procedimenti penali pendenti;

24) di percepire / non percepire (1) l'indennità di rischio o l'indennità specifica di categoria in base ad altro rapporto convenzionale (in caso affermativo indicare il tipo di attività svolta \_\_\_\_\_ e la misura dell'indennità percepita \_\_\_\_\_);

25) di impegnarsi, in caso di assegnazione di incarico, a rimuovere preventivamente ogni situazione di incompatibilità, presente e futura, prevista dal vigente A.C.N. 31.3.2020.

NOTE (3)

.....  
.....  
.....  
Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data 3/7/20 Firma per esteso Andreas Deauro

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata **unitamente a copia fotostatica di un documento di identità** del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del DPR 445/2000).

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) Azienda Sanitaria o Istituzione Pubblica che applica le norme dell'Accordo Collettivo Nazionale degli specialisti ambulatoriali, veterinari e altre professionalità

(3) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.



All'A.S.S.T. Lariana  
Como

### AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto RAMONA DI BERNARDO nato a VARESE (prov. VA)  
il 22/12/1983 M FX

- ai sensi e agli effetti dell'art. 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R. ai fini dell'aggiornamento dello schedario;
- consapevole che ai sensi dell'art. 27 comma 3, dell'ACN 31.3.2020 lo specialista ambulatoriale o il professionista deve comunicare all'Azienda presso cui opera ogni modifica relativa alla propria condizione professionale, con riferimento alle situazioni aventi riflesso sull'incompatibilità

### DICHIARA

1) di svolgere **attualmente** la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale (ACN 31.3.2020) **a tempo indeterminato/determinato** (1):

Branca specialistica o Area professionale	presso	n. ore
<u>CARDIOLOGIA</u>	<u>ASST LARIANA</u>	<u>32.5</u>
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

2) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il S.S.N.;

3) di ~~essere~~ / non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;

4) di ~~esercitare~~ / non esercitare (1) attività, ovvero sia titolare o compartecipe di quote di imprese, anche di fatto, che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il S.S.N.;

5) di ~~svolgere~~ / non svolgere (1) attività di medico di medicina generale e di medico pediatra di libera scelta;

6) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

7) di ~~esercitare~~ / non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al S.S.N. e

che non adottino le clausole economiche dell'ACN 31.3.2020 e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e che si configuri un conflitto di interessi;

8) di ~~svolgere~~ / non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;

9) di ~~fruire~~ / non fruire (1) del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;

10) di ~~operare~~ / non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N.;

11) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art.8-quinquies del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;

12) di ~~essere~~ / non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;

13) di ~~fruire~~ / non fruire (1) di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente. Tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni delle "quote A e B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM e degli altri enti previdenziali, ove previsto o che fruiscano dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP);

14) di ~~avere~~/non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata \_\_\_\_\_);

15) di ~~essere~~/non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_.  
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): \_\_\_\_\_;

16) di ~~avere~~/non avere (1) riportato condanne penali;

17) di ~~avere~~/non avere (1) procedimenti penali pendenti;

#### NOTE (2)

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data 01/01/2021 Firma per esteso Luigi Bernasconi

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a **copia fotostatica di un documento di identità** del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del DPR 445/2000).

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.



ASST Lariana

REGISTRO UFFICIALE

0001680

12.01.2021 - INGRESSO

Classifiche: R1

All'A.S.S.T. Lariana  
Como

## AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto FLORIS LUCIANA GABRIELLA, nato a TERZU (prov. MU)  
il 23/01/1960 M F

- ai sensi e agli effetti dell'art. 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R. ai fini dell'aggiornamento dello schedario;
- consapevole che ai sensi dell'art. 27 comma 3, dell'ACN 31.3.2020 lo specialista ambulatoriale o il professionista deve comunicare all'Azienda presso cui opera ogni modifica relativa alla propria condizione professionale, con riferimento alle situazioni aventi riflesso sull'incompatibilità

## DICHIARA

1) di svolgere **attualmente** la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale (ACN 31.3.2020) **a tempo indeterminato/determinato**(1):

Branca specialistica o  
Area professionale

presso

n. ore

DSNOspedale S. ANNA DCA9 orepsicologaUOSD VIA NAP.21,40

1

2) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il S.S.N.;

3) di ~~essere~~ / non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;

4) di ~~esercitare~~ / non esercitare (1) attività, ovvero sia titolare o compartecipe di quote di imprese, anche di fatto, che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il S.S.N.;

5) di ~~svolgere~~ / non svolgere (1) attività di medico di medicina generale e di medico pediatra di libera scelta;

6) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

7) di ~~esercitare~~ / non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al S.S.N. e

che non adottino le clausole economiche dell'ACN 31.3.2020 e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e che si configuri un conflitto di interessi;

8) di ~~svolgere~~ / non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;

9) di ~~fruire~~ / non fruire (1) del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;

10) di ~~operare~~ / non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N.;

11) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art.8-quinquies del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;

12) di ~~essere~~ / non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;

13) di ~~fruire~~ / non fruire (1) di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente. Tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni delle "quote A e B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM e degli altri enti previdenziali, ove previsto o che fruiscono dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP);

14) di ~~avere/non avere~~ (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata \_\_\_\_\_);

15) di ~~essere/non essere~~ (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei Psicologi di MILANO.  
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): \_\_\_\_\_;

16) di ~~avere/non avere~~ (1) riportato condanne penali;

17) di ~~avere/non avere~~ (1) procedimenti penali pendenti;

NOTE (2)

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data:

07 GEN. 2021

Firma per esteso

Luciana Gabriella Floris

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a **copia fotostatica di un documento di identità** del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del DPR 445/2000).

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.



All'A.S.S.T. Lariana  
Como

### AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto..... CHIARA FOLLESE ....., nato a..... CAGLIARI .....,  
(prov. CA) il..... 03-08-80 M. (F)

ai sensi e agli effetti dell'art. 46 e 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R., ai fini dell'aggiornamento dello schedario

### DICHIARA

1) di non fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;

2) di non fruire di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente;

3) di essere / ~~non essere~~ (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista sanitario con massimale orario pari a 38 ore settimanali;

4) di svolgere la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale, a tempo indeterminato:

Branca specialistica o Area professionale	presso(2)	n. ore	dal
CARDIOLOGIA	VIA NAPOLEONA, COMO	22	15/01/2018
" "	OLGIATE GNASCO	8,5	15/01/2018
" "	LOMAZZO	7,5	15/01/2018
.....	.....	.....	.....

5) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale;

6) di ~~essere~~/non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;

7) di ~~esercitare~~ /non esercitare (1) attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;

8) di ~~essere~~/ non essere (1) titolare o partecipante di quote di imprese o società anche di fatto che esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;

9) di ~~svolgere~~/non svolgere (1) attività di medico di medicina generale;

10) di ~~svolgere~~/non svolgere (1) attività pediatrica di libera scelta;

11) di essere/~~non essere~~ (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

12) di ~~essere~~/non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

13) di ~~esercitare~~/non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e che non adottino le clausole economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e non si configuri un conflitto di interessi (in caso affermativo indicare la struttura o l'ente ed il tipo di attività \_\_\_\_\_);

14) di ~~svolgere~~/non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;

15) di ~~operare~~/non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N. (in caso affermativo indicare la struttura ed il tipo di attività \_\_\_\_\_);

16) di ~~essere~~ /non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, comma 5, del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;

17) di ~~essere~~/non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;



18) di ~~avere~~/non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata \_\_\_\_\_);

19) di ~~essere~~/non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_.  
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): \_\_\_\_\_;

20) di ~~avere~~/non avere (1) riportato condanne penali;

21) di ~~avere~~/non avere (1) procedimenti penali pendenti;

22) di ~~percepire~~/non percepire (1) l'indennità di rischio o l'indennità specifica di categoria in base ad altro rapporto convenzionale (in caso affermativo indicare il tipo di attività svolta \_\_\_\_\_ e la misura dell'indennità percepita \_\_\_\_\_);

NOTE (3)

.....  
.....  
.....

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data 6/11/2019 Firma per esteso Alfiane Felice  
La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del D.P.R. 445/2000).

Firma apposta alla presenza di \_\_\_\_\_  
con identificazione del dichiarante mediante \_\_\_\_\_  
Il funzionario \_\_\_\_\_

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) Azienda Sanitaria o Istituzione Pubblica che applica le norme dell'Accordo Collettivo Nazionale degli specialisti ambulatoriali, veterinari e altre professionalità

(3) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.

All'A.S.S.T. Lariana  
Como

### AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto FRANCIOSO SIMONA nato a COMO  
(prov. CO) il 05-12-1953 M(F)

ai sensi e agli effetti dell'art. 46 e 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R., ai fini dell'aggiornamento dello schedario

### DICHIARA

- 1) di non fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
- 2) di non fruire di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente;
- 3) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista sanitario con massimale orario pari a 38 ore settimanali;
- 4) di svolgere la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale, a tempo indeterminato:

Branca specialistica o Area professionale	presso(2)	n. ore	dal
<u>OCULISTICA</u>	<u>ASST LARIANA</u>	<u>1630</u>	<u>2011</u>
	<u>(AMB. VIA NAPOLEONA 60)</u>		



- 5) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale;
- 6) di ~~essere~~ / non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;
- 7) di ~~esercitare~~ / non esercitare (1) attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
- 8) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o società anche di fatto che esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
- 9) di ~~svolgere~~ / non svolgere (1) attività di medico di medicina generale;
- 10) di ~~svolgere~~ / non svolgere (1) attività pediatrica di libera scelta;
- 11) di essere / ~~non essere~~ (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);
- 12) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);
- 13) di ~~esercitare~~ / non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e che non adottino le clausole economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e non si configuri un conflitto di interessi (in caso affermativo indicare la struttura o l'ente ed il tipo di attività \_\_\_\_\_);
- 14) di ~~svolgere~~ / non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;
- 15) di ~~operare~~ / non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N. (in caso affermativo indicare la struttura ed il tipo di attività \_\_\_\_\_);
- 16) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, comma 5, del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;
- 17) di ~~essere~~ / non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;



18) di ~~avere~~/non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata \_\_\_\_\_);

19) di ~~essere~~/non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_.  
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): \_\_\_\_\_;

20) di ~~avere~~/non avere (1) riportato condanne penali;

21) di ~~avere~~/non avere (1) procedimenti penali pendenti;

22) di ~~percepire~~/non percepire (1) l'indennità di rischio o l'indennità specifica di categoria in base ad altro rapporto convenzionale (in caso affermativo indicare il tipo di attività svolta \_\_\_\_\_ e la misura dell'indennità percepita \_\_\_\_\_);

NOTE (3)

.....  
.....  
.....

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data 31-10-19 Firma per esteso Simone Francioso

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del D.P.R. 445/2000).

Firma apposta alla presenza di \_\_\_\_\_  
con identificazione del dichiarante mediante \_\_\_\_\_  
Il funzionario \_\_\_\_\_

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) Azienda Sanitaria o Istituzione Pubblica che applica le norme dell'Accordo Collettivo Nazionale degli specialisti ambulatoriali, veterinari e altre professionalità

(3) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.





All'A.S.S.T. Lariana  
Como

### AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto DR. GAFFURI CRISTIANO, nato a COMO  
(prov. CO) il 22/06/1972 MF

ai sensi e agli effetti dell'art. 46 e 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R., ai fini dell'aggiornamento dello schedario

### DICHIARA

- 1) di non fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
- 2) di non fruire di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente;
- 3) ~~di essere~~ / non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista sanitario con massimale orario pari a 38 ore settimanali;
- 4) di svolgere la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale, a tempo indeterminato:

Branca specialistica o Area professionale	presso(2)	n. ore	dal
<u>ODONTIATRICA</u>	<u>PERIAMBULATORIO PENTOLAMBRO</u>	<u>7,5</u>	<u>1/12/2006</u>
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

5) ~~di essere~~/ non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale;

6) ~~di essere~~/non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;

7) ~~di esercitare~~ /non esercitare (1) attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;

8) ~~di essere~~/ non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o società anche di fatto che esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;

9) ~~di svolgere~~/non svolgere (1) attività di medico di medicina generale;

10) ~~di svolgere~~/non svolgere (1) attività pediatrica di libera scelta;

11) di essere/~~non essere~~ (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

12) ~~di essere~~/non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

13) ~~di esercitare~~/non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e che non adottino le clausole economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e non si configuri un conflitto di interessi (in caso affermativo indicare la struttura o l'ente ed il tipo di attività \_\_\_\_\_);

14) ~~di svolgere~~/non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;

15) ~~di operare~~/non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N. (in caso affermativo indicare la struttura ed il tipo di attività \_\_\_\_\_);

16) ~~di essere~~/non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, comma 5, del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;

17) ~~di essere~~/non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;



18) ~~di avere~~/non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata \_\_\_\_\_);


19) ~~di essere~~/non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_.  
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): \_\_\_\_\_;

20) ~~di avere~~/non avere (1) riportato condanne penali e di ~~avere~~/non avere (1) procedimenti penali pendenti;

21) ~~di percepire~~/non percepire (1) l'indennità di rischio o l'indennità specifica di categoria in base ad altro rapporto convenzionale (in caso affermativo indicare il tipo di attività svolta \_\_\_\_\_ e la misura dell'indennità percepita \_\_\_\_\_);

NOTE (3)

.....  
.....  
.....  
Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data 23/5/17 Firma per esteso 

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del D.P.R. 445/2000).

Firma apposta alla presenza di \_\_\_\_\_  
con identificazione del dichiarante mediante \_\_\_\_\_  
Il funzionario \_\_\_\_\_

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) Azienda Sanitaria o Istituzione Pubblica che applica le norme dell'Accordo Collettivo Nazionale degli specialisti ambulatoriali, veterinari e altre professionalità

(3) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.

## AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto GANDOSSINI SANDRA, nato a SONDRIO (prov. SO)  
il 27/02/1977 M X Codice Fiscale.....

- ai sensi e agli effetti dell'art. 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R. ai fini dell'aggiornamento dello schedario;
- consapevole che ai sensi dell'art. 27 comma 3, dell'ACN 31.3.2020 lo specialista ambulatoriale o il professionista deve comunicare all'Azienda presso cui opera ogni modifica relativa alla propria condizione professionale, con riferimento alle situazioni aventi riflesso sull'incompatibilità

## DICHIARA

1) di svolgere attualmente la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale (ACN 31.3.2020) a tempo indeterminato/determinato(1):

Branca specialistica o  
Area professionale

presso

n. ore

dal

NEUROLOGIA

15

5/6/2020

2) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il S.S.N.;

3) di ~~essere~~ / non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;

4) di ~~esercitare~~ / non esercitare (1) e attività, ovvero sia titolare o partecipante di quote di imprese, anche di fatto, che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il S.S.N.;

5) di ~~svolgere~~ / non svolgere (1) attività di medico di medicina generale e di medico pediatra di libera scelta;

6) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

7) di ~~esercitare~~ / non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al S.S.N. e



che non adottino le clausole economiche dell'ACN 31.3.2020 e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e che si configuri un conflitto di interessi;

8) di ~~avere~~ / non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;

9) di ~~fruire~~ / non fruire (1) del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;

10) di ~~operare~~ / non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N.;

11) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art.8-quinquies del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;

12) di ~~essere~~ / non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;

13) di ~~fruire~~ / non fruire (1) di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente. Tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni delle "quote A e B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM e degli altri enti previdenziali, ove previsto o che fruiscano dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP);

14) di ~~avere~~ / non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata \_\_\_\_\_);

15) di ~~essere~~ / non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_.  
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): \_\_\_\_\_;

16) di ~~avere~~ / non avere (1) riportato condanne penali;

17) di ~~avere~~ / non avere (1) procedimenti penali pendenti;

NOTE (2)

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data: 8/6/2020 Firma per esteso: 

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a **copia fotostatica di un documento di identità** del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del DPR 445/2000).

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.

**ASST Lariana**  
 Direzione Amministrativa  
 Attività Cliniche del Territorio

**18 MAG 2017**

Ricevuto il \_\_\_\_\_  
 Reg. N. \_\_\_\_\_

ASST Lariana  
 Specialistica Ambulatoriale Convenzionata  
 Sped. in Ab. Post. 4/2013  
 di 158 Unità di Spese  
 Matr. 60051  
 C.F. 01606670137970833N

All'A.S.S.T. Lariana  
 Como

### AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto CRISTIANA GELWIA nato a CO il 17/6/54 (prov. CO) il 54 M (F)

ai sensi e agli effetti dell'art. 46 e 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R., ai fini dell'aggiornamento dello schedario

### DICHIARA

- 1) di non fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
- 2) di non fruire di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente;
- 3) di essere / non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista sanitario con massimale orario pari a 38 ore settimanali;
- 4) di svolgere la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale, a tempo indeterminato:

Branca specialistica o

Area professionale

presso(2)

n. ore

dal

<u>ACQUSTICA</u>	<u>OLGIATE C.</u>	<u>18.5</u>	<u>1989</u>
	<u>COMO V. NAPOLEONA</u>	<u>9</u>	
	<u>VAPNIO DI ADDA</u>	<u>7</u>	
	<u>LECCO</u>	<u>7.30</u>	



5) di essere / non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale;

6) di essere/non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;

7) di esercitare /non esercitare (1) attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;

8) di essere/ non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o società anche di fatto che esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;

9) di svolgere/non svolgere (1) attività di medico di medicina generale;

10) di svolgere/non svolgere (1) attività pediatra di libera scelta;

11) di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

12) di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

13) di esercitare/non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e che non adottino le clausole economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e non si configuri un conflitto di interessi (in caso affermativo indicare la struttura o l'ente ed il tipo di attività \_\_\_\_\_);

14) di svolgere/non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;

15) di operare/non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N. (in caso affermativo indicare la struttura ed il tipo di attività \_\_\_\_\_);

16) di essere /non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, comma 5, del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;

17) di essere/non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;

18) di avere/non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata

\_\_\_\_\_);

19) di essere/non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_.

In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_;

20) di avere/non avere (1) riportato condanne penali e di avere/non avere (1) procedimenti penali pendenti;

21) di percepire/non percepire (1) l'indennità di rischio o l'indennità specifica di categoria in base ad altro rapporto convenzionale (in caso affermativo indicare il tipo di attività svolta \_\_\_\_\_ e la misura dell'indennità percepita \_\_\_\_\_);

NOTE (3)

.....  
.....  
.....  
.....;

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data 9/5/17 Firma per esteso \_\_\_\_\_



La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del D.P.R. 445/2000).

Firma apposta alla presenza di \_\_\_\_\_

con identificazione del dichiarante mediante \_\_\_\_\_

Il funzionario \_\_\_\_\_

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) Azienda Sanitaria o Istituzione Pubblica che applica le norme dell'Accordo Collettivo Nazionale degli specialisti ambulatoriali, veterinari e altre professionalità

(3) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.



<b>ASST Lariana</b> Direzione Amministrativa Attività Cliniche del Territorio  <b>12 MAG 2017</b>  Ricevuto n. _____ Reg. N. _____
---

All'A.S.S.T. Lariana  
Como

### AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto GEVI MAURIZIO, nato a MILANO  
 (prov. ....) il 20-08-1955 M\_F

ai sensi e agli effetti dell'art. 46 e 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R., ai fini dell'aggiornamento dello schedario

### DICHIARA

- 1) di non fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
- 2) di non fruire di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente;
- 3) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista sanitario con massimale orario pari a 38 ore settimanali;
- 4) di svolgere la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale, a tempo indeterminato:

Branca specialistica o

Area professionale presso(2)

n. ore

dal

<u>MEDICINA DELLO SPORT</u>	<u>ASSI LARIANA</u>	<u>TRENTA</u>	
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

5) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale;

6) di ~~essere~~/non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;

7) di ~~esercitare~~ /non esercitare (1) attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;

8) di ~~essere~~/ non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o società anche di fatto che esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;

9) di ~~svolgere~~/non svolgere (1) attività di medico di medicina generale;

10) di ~~svolgere~~/non svolgere (1) attività pediatra di libera scelta;

11) di essere/~~non essere~~ (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

12) di ~~essere~~/non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

13) di ~~esercitare~~/non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e che non adottino le clausole economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e non si configuri un conflitto di interessi (in caso affermativo indicare la struttura o l'ente ed il tipo di attività \_\_\_\_\_);

14) di ~~svolgere~~/non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;

15) di ~~operare~~/non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N. (in caso affermativo indicare la struttura ed il tipo di attività \_\_\_\_\_);

16) di ~~essere~~ /non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, comma 5, del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;

17) di ~~essere~~/non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;



18) di ~~avere~~/non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata \_\_\_\_\_);

19) di ~~essere~~/non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_.  
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): \_\_\_\_\_;

20) di ~~avere~~/non avere (1) riportato condanne penali e di ~~avere~~/non avere (1) procedimenti penali pendenti;

21) di ~~percepire~~/non percepire (1) l'indennità di rischio o l'indennità specifica di categoria in base ad altro rapporto convenzionale (in caso affermativo indicare il tipo di attività svolta \_\_\_\_\_ e la misura dell'indennità percepita \_\_\_\_\_);

NOTE (3)

.....  
.....  
.....;

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data 12.05.2017 Firma per esteso Maurizio

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del D.P.R. 445/2000).

Firma apposta alla presenza di \_\_\_\_\_  
con identificazione del dichiarante mediante \_\_\_\_\_  
Il funzionario

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) Azienda Sanitaria o Istituzione Pubblica che applica le norme dell'Accordo Collettivo Nazionale degli specialisti ambulatoriali, veterinari e altre professionalità

(3) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.

<b>ASST Lariana</b> Direzione Amministrativa Attività Cliniche del Territorio  <b>15 GEN 2019</b>  Ricevuto il _____ Reg. N. _____
---

All'A.S.S.T. Lariana  
Como

### AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto GIOVINAZZO SALVATORE, nato a ROSARNO  
(prov. RS) il 04/04/1968 M F

ai sensi e agli effetti dell'art. 46 e 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R., ai fini dell'aggiornamento dello schedario

### DICHIARA

- 1) di non fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
- 2) di non fruire di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente;
- 3) ~~di essere~~ / non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista sanitario con massimale orario pari a 38 ore settimanali;
- 4) di svolgere la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale, a tempo indeterminato:

Branca specialistica o Area professionale	presso(2)	n. ore	dal
<u>UROLOGIA</u>	<u>ASST LARIANA</u>	<u>28</u>	<u>01/01/2019</u>
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....



5) ~~di essere~~ / non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale;

6) ~~di essere~~/non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;

7) ~~di esercitare~~ /non esercitare (1) attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;

8) ~~di essere~~/ non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o società anche di fatto che esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;

9) ~~di svolgere~~/non svolgere (1) attività di medico di medicina generale;

10) ~~di svolgere~~/non svolgere (1) attività pediatra di libera scelta;

11) di essere/~~non essere~~ (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

12) ~~di essere~~/non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

13) ~~di esercitare~~/non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e che non adottino le clausole economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e non si configuri un conflitto di interessi (in caso affermativo indicare la struttura o l'ente ed il tipo di attività \_\_\_\_\_);

14) ~~di svolgere~~/non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;

15) ~~di operare~~/non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N. (in caso affermativo indicare la struttura ed il tipo di attività \_\_\_\_\_);

16) ~~di essere~~ /non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, comma 5, del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;

17) ~~di essere~~/non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;

18) ~~di avere~~/non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata \_\_\_\_\_);

19) ~~di essere~~/non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_.  
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): \_\_\_\_\_;

20) ~~di avere~~/non avere (1) riportato condanne penali e ~~di avere~~/non avere (1) procedimenti penali pendenti;

21) ~~di percepire~~/non percepire (1) l'indennità di rischio o l'indennità specifica di categoria in base ad altro rapporto convenzionale (in caso affermativo indicare il tipo di attività svolta \_\_\_\_\_ e la misura dell'indennità percepita \_\_\_\_\_);

NOTE (3)

.....  
.....  
.....  
Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data 15/01/2019 Firma per esteso

*Silvano Grazioplene*

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del D.P.R. 445/2000).

Firma apposta alla presenza di \_\_\_\_\_

con identificazione del dichiarante mediante \_\_\_\_\_

Il funzionario \_\_\_\_\_

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) Azienda Sanitaria o Istituzione Pubblica che applica le norme dell'Accordo Collettivo Nazionale degli specialisti ambulatoriali, veterinari e altre professionalità

(3) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.



### AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto GIUDICI ROSELLA, nato a COMPTI (prov. CO)  
il 09.06.1957 M FX

- ai sensi e agli effetti dell'art. 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R. ai fini dell'aggiornamento dello schedario;
- consapevole che ai sensi dell'art. 27 comma 3, dell'ACN 31.3.2020 lo specialista ambulatoriale o il professionista deve comunicare all'Azienda presso cui opera ogni modifica relativa alla propria condizione professionale, con riferimento alle situazioni aventi riflesso sull'incompatibilità

### DICHIARA

1) di svolgere **attualmente** la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale (ACN 31.3.2020) **a tempo indeterminato** / ~~a tempo determinato~~ (1):

Branca specialistica o

Area professionale

presso

n. ore

ODONTOIATRIA ASST LARIANA 38

2) ~~di essere~~ / non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il S.S.N.;

3) ~~di essere~~ / non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;

4) ~~di esercitare~~ / non esercitare (1) attività, ovvero sia titolare o compartecipe di quote di imprese, anche di fatto, che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il S.S.N.;

5) ~~di svolgere~~ / non svolgere (1) attività di medico di medicina generale e di medico pediatra di libera scelta;

6) ~~di essere~~ / non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

7) ~~di esercitare~~ / non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al S.S.N. e

(2) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.



All'A.S.S.T. Lariana  
Como

### AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto BALDASSARE GRASSA, nato a ERICE  
(prov. TP) il 07/05/1976 X F

ai sensi e agli effetti dell'art. 46 e 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R., ai fini dell'aggiornamento dello schedario

### DICHIARA

- 1) di non fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
- 2) di non fruire di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente;
- 3) di essere ~~non essere~~ (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista sanitario con massimale orario pari a 38 ore settimanali;
- 4) di svolgere la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale, a tempo indeterminato:

Branca specialistica o

Area professionale presso(2)

n. ore

dal

DIABETOLOGIA MARIANO COMENSE 38 LUNEDÌ A VENERDÌ

.....  
.....  
.....

5) ~~di essere~~ / non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale;

6) ~~di essere~~ / non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;

7) ~~di esercitare~~ / non esercitare (1) attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;

8) ~~di essere~~ / non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o società anche di fatto che esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;

9) ~~di svolgere~~ / non svolgere (1) attività di medico di medicina generale;

10) ~~di svolgere~~ / non svolgere (1) attività pediatra di libera scelta;

11) di essere / ~~non essere~~ (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

12) ~~di essere~~ / non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

13) ~~di esercitare~~ / non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e che non adottino le clausole economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e non si configuri un conflitto di interessi (in caso affermativo indicare la struttura o l'ente ed il tipo di attività \_\_\_\_\_);

14) ~~di svolgere~~ / non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;

15) ~~di operare~~ / non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N. (in caso affermativo indicare la struttura ed il tipo di attività \_\_\_\_\_);

16) ~~di essere~~ / non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, comma 5, del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;

17) ~~di essere~~ / non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;



18) ~~di avere~~/non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata \_\_\_\_\_);

19) ~~di essere~~/non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_.  
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): \_\_\_\_\_;

20) ~~di avere~~/non avere (1) riportato condanne penali;

21) ~~di avere~~/non avere (1) procedimenti penali pendenti;

22) ~~di percepire~~/non percepire (1) l'indennità di rischio o l'indennità specifica di categoria in base ad altro rapporto convenzionale (in caso affermativo indicare il tipo di attività svolta \_\_\_\_\_ e la misura dell'indennità percepita \_\_\_\_\_);

NOTE (3)

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data 4/10/2019 Firma per esteso \_\_\_\_\_

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del D.P.R. 445/2000).

Firma apposta alla presenza di \_\_\_\_\_  
con identificazione del dichiarante mediante \_\_\_\_\_  
Il funzionario \_\_\_\_\_

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) Azienda Sanitaria o Istituzione Pubblica che applica le norme dell'Accordo Collettivo Nazionale degli specialisti ambulatoriali, veterinari e altre professionalità

(3) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.

### AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto GRATTON ILVO, nato a SEREGNO (prov. MB)  
il 10.05.1955 F. C.

- ai sensi e agli effetti dell'art. 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R. ai fini dell'aggiornamento dello schedario;
- consapevole che ai sensi dell'art. 27 comma 3, dell'ACN 31.3.2020 lo specialista ambulatoriale o il professionista deve comunicare all'Azienda presso cui opera ogni modifica relativa alla propria condizione professionale, con riferimento alle situazioni aventi riflesso sull'incompatibilità

### DICHIARA

1) di svolgere (attualmente) la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale (ACN 31.3.2020) **a tempo indeterminato/determinato**(1): a partire dal 13.05.2020

Branca specialistica o  
Area professionale

presso

n. ore

dal

OCULISTICA

ASST LARIANA, MARIANO C.

15,5

1997

OCULISTICA

ASST LARIANA, PONTE LAMBRO

4

2020

OCULISTICA

ASST Vimerate GIUSSANO

675

2002 (2002)

2) ~~di essere~~ / non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il S.S.N.;

3) ~~di essere~~ / non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;

4) ~~di esercitare~~ / non esercitare (1) attività, ovvero sia titolare o compartecipe di quote di imprese, anche di fatto, che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il S.S.N.;

5) ~~di svolgere~~ / non svolgere (1) attività di medico di medicina generale e di medico pediatra di libera scelta;

6) ~~di essere~~ / non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

7) ~~di esercitare~~ / non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al S.S.N. e



che non adottino le clausole economiche dell'ACN 31.3.2020 e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e che si configuri un conflitto di interessi;

8) ~~di svolgere~~ / non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;

9) ~~di fruire~~ / non fruire (1) del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;

10) ~~di operare~~ / non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N.;

11) ~~di essere~~ / non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art.8-quinquies del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;

12) ~~di essere~~ / non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;

13) ~~di fruire~~ / non fruire (1) di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente. Tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni delle "quote A e B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM e degli altri enti previdenziali, ove previsto o che fruiscano dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP);

14) ~~di avere~~/non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata \_\_\_\_\_);

15) ~~di essere~~/non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_.  
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): \_\_\_\_\_;

16) ~~di avere~~/non avere (1) riportato condanne penali;

17) ~~di avere~~/non avere (1) procedimenti penali pendenti;

NOTE (2)

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data 16.06.20 Firma per esteso \_\_\_\_\_



La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a **copia fotostatica di un documento di identità** del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del DPR 445/2000).

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.

All'A.S.S.T. Lariana  
Como

### AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto GROBBERIO MONICA nato a MILANO  
(prov. MI) il 23/02/1972 M\_FX

ai sensi e agli effetti dell'art. 46 e 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R., ai fini dell'aggiornamento dello schedario

### DICHIARA

- 1) di non fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
- 2) di non fruire di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente;
- 3) di ~~essere~~ / <sup>non essere</sup> ~~non essere~~ (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista sanitario con massimale orario pari a 38 ore settimanali;
- 4) di svolgere la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale, a tempo indeterminato:

Branca specialistica o Area professionale	presso(2)	n. ore	dal
<u>PSICOLOGIA</u>	<u>ASST LARIANA</u>	<u>30</u>	<u>1.1.2009</u>
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....



5) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale;

6) di ~~essere~~/non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;

7) di ~~esercitare~~ /non esercitare (1) attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;

8) di ~~essere~~/ non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o società anche di fatto che esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;

9) di ~~svolgere~~/non svolgere (1) attività di medico di medicina generale;

10) di ~~svolgere~~/non svolgere (1) attività pediatrica di libera scelta;

11) di ~~essere~~/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

12) di ~~essere~~/non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

13) di ~~esercitare~~/non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e che non adottino le clausole economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e non si configuri un conflitto di interessi (in caso affermativo indicare la struttura o l'ente ed il tipo di attività \_\_\_\_\_);

14) di ~~svolgere~~/non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;

15) di ~~operare~~/non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N. (in caso affermativo indicare la struttura ed il tipo di attività \_\_\_\_\_);

16) di ~~essere~~ /non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, comma 5, del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;

17) di ~~essere~~/non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;

18) di ~~avere~~/non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata \_\_\_\_\_);

19) di ~~essere~~/non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale degli Psicologi di \_\_\_\_\_.  
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): \_\_\_\_\_;

20) di ~~avere~~/non avere (1) riportato condanne penali e di ~~avere~~/non avere (1) procedimenti penali pendenti;

21) di ~~percepire~~/non percepire (1) l'indennità di rischio o l'indennità specifica di categoria in base ad altro rapporto convenzionale (in caso affermativo indicare il tipo di attività svolta \_\_\_\_\_ e la misura dell'indennità percepita \_\_\_\_\_);

NOTE (3)

INCARICO A TEMPO DETERMINATO IN BRANCA SPECIALISTICA PSICOLOGIA  
PRESSO ASST - LARIANA (GIA' A.O. S. ANNA DI COMO) PER 30 ORE /ATTI MANUALI  
DALL'1.2.2008 AL 31.12.2008

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data 9.5.2017 Firma per esteso Ilseu fomb

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del D.P.R. 445/2000).

Firma apposta alla presenza di \_\_\_\_\_  
con identificazione del dichiarante mediante \_\_\_\_\_  
Il funzionario \_\_\_\_\_

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) Azienda Sanitaria o Istituzione Pubblica che applica le norme dell'Accordo Collettivo Nazionale degli specialisti ambulatoriali, veterinari e altre professionalità

(3) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.



## AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto S. A. VITTORIO E. ENVOUO, nato a MODENA INF. (prov. SL)  
il 21/12/87 ..... MSF

- ai sensi e agli effetti dell'art. 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R. ai fini dell'aggiornamento dello schedario;
- consapevole che ai sensi dell'art. 27 comma 3, dell'ACN 31.3.2020 lo specialista ambulatoriale o il professionista deve comunicare all'Azienda presso cui opera ogni modifica relativa alla propria condizione professionale, con riferimento alle situazioni aventi riflesso sull'incompatibilità

## DICHARA

1) di svolgere **attualmente** la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale (ACN 31.3.2020) **a tempo indeterminato/determinato**(1):

Branca specialistica o Area professionale	presso	n. ore	dal
<u>NEUMATOLOGIA</u>	<u>ASST - LARIANA</u>	<u>15</u>	<u>1/12/2021</u>
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

2) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il S.S.N.;

3) di ~~essere~~ / non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;

4) di ~~esercitare~~ / non esercitare (1) attività, ovvero sia titolare o compartecipe di quote di imprese, anche di fatto, che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il S.S.N.;

5) di ~~svolgere~~ / non svolgere (1) attività di medico di medicina generale e di medico pediatra di libera scelta;

6) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

7) di ~~esercitare~~ / non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al S.S.N. e che non adottino le clausole economiche dell'ACN 31.3.2020 e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e che si configuri un conflitto di interessi;

8) di ~~svolgere~~ / non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;

9) di ~~fruire~~ / non fruire (1) del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;

10) di ~~operare~~ / non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N.;

11) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art.8-quinquies del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;

12) di ~~essere~~ / non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;

13) di ~~fruire~~ / non fruire (1) di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente. Tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni delle "quote A e B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM e degli altri enti previdenziali, ove previsto o che fruiscano dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP);

14) di ~~avere~~/non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata \_\_\_\_\_);

15) di ~~essere~~/non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_.  
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): \_\_\_\_\_;

16) di ~~avere~~/non avere (1) riportato condanne penali;

17) di ~~avere~~/non avere (1) procedimenti penali pendenti;

NOTE (2)

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data 2/12/2021 Firma per esteso \_\_\_\_\_

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a **copia fotostatica di un documento di identità** del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del DPR 445/2000).

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.



## AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto DAVIDA LEMMA, nato a MESSINA (prov. ME)  
il 27.1.1995 M\_K

- ai sensi e agli effetti dell'art. 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R. ai fini dell'aggiornamento dello schedario;
- consapevole che ai sensi dell'art. 27 comma 3, dell'ACN 31.3.2020 lo specialista ambulatoriale o il professionista deve comunicare all'Azienda presso cui opera ogni modifica relativa alla propria condizione professionale, con riferimento alle situazioni aventi riflesso sull'incompatibilità

## DICHARA

1) di svolgere **attualmente** la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale (ACN 31.3.2020) **a tempo indeterminato/determinato** (1):

Branca specialistica o Area professionale	presso	n. ore	dal
<u>Oculistica</u>	<u>POLICLINICO DI VIA NAPOLITANO</u>	<u>17</u>	
	<u>POLICLINICO DI OLIVIGLIANO</u>	<u>15</u>	

2) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il S.S.N.;

3) di ~~essere~~ / non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;

4) di ~~essere~~ / non esercitare (1) e attività, ovvero sia titolare o compartecipe di quote di imprese, anche di fatto, che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il S.S.N.;

5) di ~~essere~~ / non svolgere (1) attività di medico di medicina generale e di medico pediatra di libera scelta;

6) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);



7) ~~di esercitare~~ / non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al S.S.N. e che non adottino le clausole economiche dell'ACN 31.3.2020 e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e che si configuri un conflitto di interessi;

8) ~~di svolgere~~ / non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;

9) ~~di fruire~~ / non fruire (1) del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;

10) ~~di operare~~ / non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N.;

11) ~~di essere~~ / non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art.8-quinquies del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;

12) ~~di essere~~ / non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;

13) ~~di essere~~ / non fruire (1) di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente. Tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni delle "quote A e B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM e degli altri enti previdenziali, ove previsto o che fruiscano dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP);

14) ~~di essere~~ / non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata \_\_\_\_\_);

15) ~~di essere~~ / non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei Medici e Chirurghi di COMO.  
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): \_\_\_\_\_;

16) ~~di essere~~ / non avere (1) riportato condanne penali;

17) ~~di essere~~ / non avere (1) procedimenti penali pendenti;

NOTE (2)

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data 21.9.2021 Firma per esteso Luigi De Luca

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a **copia fotostatica di un documento di identità** del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del DPR 445/2000).

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.



### AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto MARICA LIVIO, nato a COMO (prov. CO)  
il 20/04/1963 M (F)

- ai sensi e agli effetti dell'art. 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R. ai fini dell'aggiornamento dello schedario;
- consapevole che ai sensi dell'art. 27 comma 3, dell'ACN 31.3.2020 lo specialista ambulatoriale o il professionista deve comunicare all'Azienda presso cui opera ogni modifica relativa alla propria condizione professionale, con riferimento alle situazioni aventi riflesso sull'incompatibilità

### DICHIARA

1) di svolgere attualmente la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale (ACN 31.3.2020) a tempo indeterminato/determinato(1):

Branca specialistica o Area professionale	presso	n. ore	dal
PSICOLOGI...	ASST-LARIANA c/o SERT	38	01/06/2020
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

2) ~~di essere~~ / non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il S.S.N.;

3) ~~di essere~~ / non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;

4) ~~di esercitare~~ / non esercitare (1) attività, ovvero sia titolare o compartecipe di quote di imprese, anche di fatto, che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il S.S.N.;

5) ~~di svolgere~~ / non svolgere (1) attività di medico di medicina generale e di medico pediatra di libera scelta;

6) ~~di essere~~ / non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

7) ~~di esercitare~~ / non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al S.S.N.;

che non adottino le clausole economiche dell'ACN 31.3.2020 e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e che si configuri un conflitto di interessi;

8) ~~di svolgere~~ / non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;

9) ~~di fruire~~ / non fruire (1) del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;

10) ~~di operare~~ / non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N.;

11) ~~di essere~~ / non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art.8-quinquies del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;

12) ~~di essere~~ / non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;

13) ~~di fruire~~ / non fruire (1) di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente. Tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni delle "quote A e B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM e degli altri enti previdenziali, ove previsto o che fruiscano dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP);

14) ~~di avere~~/non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata \_\_\_\_\_);

15) ~~di essere~~/non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_.  
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): \_\_\_\_\_;

16) ~~di avere~~/non avere (1) riportato condanne penali;

17) ~~di avere~~/non avere (1) procedimenti penali pendenti;

NOTE (2)

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data 05/06/2020 Firma per esteso Luca Riva

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a **copia fotostatica di un documento di identità** del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del DPR 445/2000).

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.



### AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto LOYATI SILVIA, nato a MILANO (prov. MI)  
il 10.10.1971 M FX

- ai sensi e agli effetti dell'art. 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R. ai fini dell'aggiornamento dello schedario;
- consapevole che ai sensi dell'art. 27 comma 3, dell'ACN 31.3.2020 lo specialista ambulatoriale o il professionista deve comunicare all'Azienda presso cui opera ogni modifica relativa alla propria condizione professionale, con riferimento alle situazioni aventi riflesso sull'incompatibilità

### DICHIARA

1) di svolgere attualmente la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale (ACN 31.3.2020) a tempo indeterminato/determinato (1):

Branca specialistica o Area professionale	presso	n. ore	dal
<u>DERMATOLOGIA</u>	<u>ASST LARIANA</u>	<u>38 ORE</u>	<u>03.08.2020</u>
		<u>SETTIMANALI</u>	

2) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il S.S.N.;

3) di ~~essere~~ / non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;

4) di ~~esercitare~~ / non esercitare (1) attività, ovvero sia titolare o compartecipe di quote di imprese, anche di fatto, che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il S.S.N.;

5) di ~~svolgere~~ / non svolgere (1) attività di medico di medicina generale e di medico pediatra di libera scelta;

6) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

7) di ~~esercitare~~ / non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al S.S.N. e

che non adottino le clausole economiche dell'ACN 31.3.2020 e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e che si configuri un conflitto di interessi;

8) di ~~svolgere~~ / non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;

9) di ~~fruire~~ / non fruire (1) del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;

10) di ~~operare~~ / non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N.;

11) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art.8-quinquies del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;

12) di ~~essere~~ / non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;

13) di ~~fruire~~ / non fruire (1) di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente. Tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni delle "quote A e B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM e degli altri enti previdenziali, ove previsto o che fruiscano dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP);

14) di ~~avere~~/non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata \_\_\_\_\_);

15) di ~~essere~~/non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_.  
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): \_\_\_\_\_;

16) di ~~avere~~/non avere (1) riportato condanne penali;

17) di ~~avere~~/non avere (1) procedimenti penali pendenti;

NOTE (2)

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data 04.08.2020 Firma per esteso Silvia Louak

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a **copia fotostatica di un documento di identità** del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del DPR 445/2000).

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.



### AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto LUPI MARCO, nato a COMO (prov. CO)  
il 28/01/1989 MXF

- ai sensi e agli effetti dell'art. 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R. ai fini dell'aggiornamento dello schedario;
- consapevole che ai sensi dell'art. 27 comma 3, dell'ACN 31.3.2020 lo specialista ambulatoriale o il professionista deve comunicare all'Azienda presso cui opera ogni modifica relativa alla propria condizione professionale, con riferimento alle situazioni aventi riflesso sull'incompatibilità

### DICHIARA

1) di svolgere **attualmente** la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale (ACN 31.3.2020) **a tempo indeterminato/determinato**(1):

Branca specialistica o Area professionale	presso	n. ore	dal
<u>CARDIOLOGIA</u>	<u>ASST LARIANA</u>	<u>38</u>	<u>01/11/2021</u>
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

2) di ~~essere~~ non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il S.S.N.;

3) di ~~essere~~ non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;

4) di ~~esercitare~~ non esercitare (1) e attività, ovvero sia titolare o compartecipe di quote di imprese, anche di fatto, che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il S.S.N.;

5) di ~~svolgere~~ non svolgere (1) attività di medico di medicina generale e di medico pediatra di libera scelta;

6) di ~~essere~~ non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

7) di ~~esercitare~~ / non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al S.S.N. e che non adottino le clausole economiche dell'ACN 31.3.2020 e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e che si configuri un conflitto di interessi;

8) di ~~svolgere~~ / non svolgere (1) funzioni fiscali nell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;

9) di ~~fruire~~ / non fruire (1) del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;

10) di ~~operare~~ / non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N.;

11) di ~~essere~~ / non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art.8-quinquies del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;

12) di ~~essere~~ / non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;

13) di ~~fruire~~ / non fruire (1) di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente. Tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni delle "quote A e B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM e degli altri enti previdenziali, ove previsto o che fruiscano dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP);

14) di ~~avere~~ / non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata \_\_\_\_\_);

15) di ~~essere~~ / non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_.  
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): \_\_\_\_\_;

16) di ~~avere~~ / non avere (1) riportato condanne penali;

17) di ~~avere~~ / non avere (1) procedimenti penali pendenti;

NOTE (2)

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data 01/11/2021 Firma per esteso Mario Lupat

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a **copia fotostatica di un documento di identità** del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del DPR 445/2000).

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.