

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto ALESSANDRO MARIA AMBROSKI, nato a VARESE (prov. VA)
 il 10/10/1987 MX 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 e ss.mm. 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>ODONTOIATRIA</u>	<u>ASST LARIANA, P.O. SANT'ANNA</u>	<u>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: a) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento, ai sensi e per gli effetti del Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003; b) del Codice di comportamento aziendale pubblicato sul sito dell'ASST Lariana, del quale ha preso visione ai sensi dell'art. 1 c. 4 dell'A.C.N. 31.3.2020 e ss.mm.ii. e dell'art. 54 del D.Lgs. n. 165/2001.

Data 18/1/2023 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 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.

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto BALZATTI GENALIANA nato a Covo (prov. CO)
il 16/05/71 M. (F) 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.;
- consapevole che ai sensi dell'art. 27 comma 3, dell'ACN 30.3.2020 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 avere svolto e di svolgere la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale (ACN 31.3.2020) **a tempo indeterminato** (indicare il servizio svolto fino a tutt'oggi solo a tempo indeterminato):

Branca specialistica o Area professionale	presso	n. ore	dal	al
<u>ORODONTOLAMIA</u>	<u>ASST LARIANA</u>	<u>10</u>	<u>3/1/23</u>	<u>.....</u>
<u>.....</u>	<u>.....</u>	<u>.....</u>	<u>.....</u>	<u>.....</u>
<u>.....</u>	<u>.....</u>	<u>.....</u>	<u>.....</u>	<u>.....</u>
<u>.....</u>	<u>.....</u>	<u>.....</u>	<u>.....</u>	<u>.....</u>

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

3) di non essere 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 non esercitare 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 non svolgere attività di medico di medicina generale e di medico pediatra di libera scelta;

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

7) di non esercitare 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 non svolgere funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;

9) 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;

10) di non operare, 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 non essere 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 non essere 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);

NOTE (2)

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato: a) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento, ai sensi e per gli effetti del Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003; b) del Codice di comportamento aziendale pubblicato sul sito dell'ASST Lariana, del quale ha preso visione ai sensi dell'art. 1 c. 4 dell'A.C.N. 31.3.2020 e ss.mm.ii. e dell'art. 54 del D.Lgs. n. 165/2001.

Data 03/09/20 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.

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto BARBON CLAUDIO, nato a MILANO (prov. MI)
il 22 - NOV - 1957 ☒ M ☐ F 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
<u>medico</u>	<u>ASST Lariana</u>	<u>10</u>	<u>1999</u>
<u>medico</u>	<u>ASST Monza</u>	<u>17</u>	<u>1992</u>
<u>medico</u>	<u>ASST Lecco</u>	<u>ES</u>	<u>2010</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 medici e odontoiatri di Como e Grosotto.
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: a) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento, ai sensi e per gli effetti del Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003; b) del Codice di comportamento aziendale pubblicato sul sito dell'ASST Lariana, del quale ha preso visione ai sensi dell'art. 1 c. 4 dell'A.C.N. 31.3.2020 e ss.mm.ii. e dell'art. 54 del D.Lgs. n. 165/2001.

Data 13/03/23 Firma per esteso _____

ASST Lariana
Specialistica Ambulatoriale Convenzionata
Specialità: Odontoiatria
Dr. Carlo Barbon
Matr. 60221
C.F. BRBGCR57S22F205D

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 BELLAZZI FRANCESCO, nato a MORTARA (prov. PV),
il 06.02.62 MF

- 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 e ss.mm. 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

OTORINO

ASST LARIANA

30 settimanali

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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: a) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento, ai sensi e per gli effetti del Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003; b) del Codice di comportamento aziendale pubblicato sul sito dell'ASST Lariana, del quale ha preso visione ai sensi dell'art. 1 c. 4 dell'A.C.N. 31.3.2020 e ss.mm.ii. e dell'art. 54 del D.Lgs. n. 165/2001.

Data 01.08.23 Firma per esteso Francesco Bellotti

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 ELENA BENECCI....., nato a COMO..... (prov. CO...)
il 14/10/1974..... M 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	dal
<u>PSICOLOGIA</u>	<u>ASST LARIANA - CPS CAMU</u>	<u>15</u>	<u>05/09/22</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 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 degli PSICOLOGI della LOMBARDIA.
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: a) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento, ai sensi e per gli effetti del Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003; b) del Codice di comportamento aziendale pubblicato sul sito dell'ASST Lariana, del quale ha preso visione ai sensi dell'art. 1 c. 4 dell'A.C.N. 31.3.2020 e ss.mm.ii. e dell'art. 54 del D.Lgs. n. 165/2001.

Data: 5/09/22.....Firma per estesoElena Baggio.....

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 Benin Miriam nato a Milano (prov. MI)
il 28.05.1976 M ☒ 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
<u>Psicologa</u>	<u>Via Napoleone</u>	<u>22.5</u>	<u>05.12.22</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 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 Lombardia.
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: a) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento, ai sensi e per gli effetti del Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003; b) del Codice di comportamento aziendale pubblicato sul sito dell'ASST Lariana, del quale ha preso visione ai sensi dell'art. 1 c. 4 dell'A.C.N. 31.3.2020 e ss.mm.ii. e dell'art. 54 del D.Lgs. n. 165/2001.

Data 5.12.22 Firma per esteso Yusef 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 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 BERETTA MARIANIVITTORIA, nato a COMO (prov. CO)
il 26/03/1964 M FX 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~~**

Branca specialistica o Area professionale	DEI presso	n. ore	dal
ASST BERGAMO OVEST	POLIAMBULATORIO EXTRASPEDANIERO BRESCIA DI SOPRA (CIA' PONTE S. PIETRO, GIO' AUGUSTO D'ADDA)	15	01/04/2008 e CONTINUA
ASST LARIANA	POLIAMBULATORIO DI COMAZZO e OLGIATE COMASCO	9,30	17/04/2023

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

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

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

NOTE (2)

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato: a) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento, ai sensi e per gli effetti del Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003; b) del Codice di comportamento aziendale pubblicato sul sito dell'ASST Lariana, del quale ha preso visione ai sensi dell'art. 1 c. 4 dell'A.C.N. 31.3.2020 e ss.mm.ii. e dell'art. 54 del D.Lgs. n. 165/2001.

Data 17/04/2023 Firma per esteso Manantonio Breia

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 BOLLATI CARLA ALESSANDRA, nato a COMO (prov. CO)
il 2-3-69 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

Derma Lufra

ASST LARIANA

12

15-11-22

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 _____ 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: a) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento, ai sensi e per gli effetti del Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003; b) del Codice di comportamento aziendale pubblicato sul sito dell'ASST Lariana, del quale ha preso visione ai sensi dell'art. 1 c. 4 dell'A.C.N. 31.3.2020 e ss.mm.ii. e dell'art. 54 del D.Lgs. n. 165/2001.

Data 14-11.22 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 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 DEONTI 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 Benedetto Beccia

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 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 CARUGGINI</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
 Matr. 60195
 C.F. 03169550962

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.

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto CARMAROTO JUANNA, nato a MESSINA (prov. ME)
il 31/12/1983 M F 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 e ss.mm. 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>PSICOLOGIA</u>	<u>VIA NAPOLEONA 60</u>	<u>25</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: a) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento, ai sensi e per gli effetti del Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003; b) del Codice di comportamento aziendale pubblicato sul sito dell'ASST Lariana, del quale ha preso visione ai sensi dell'art. 1 c. 4 dell'A.C.N. 31.3.2020 e ss.mm.ii. e dell'art. 54 del D.Lgs. n. 165/2001.

Data 22/05/2023 Firma per esteso Juriana Cannarola

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.

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>PONTELAMBRO</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

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

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'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.

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto CARTOCCI ANDREA, nato a Como (prov. Co.)
il 10/03/1981 ☒ F _____ 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
<u>CH. MANO FACCIARE</u>	<u>NOSA</u>	<u>20</u>	<u>15/02/2021</u>
<u>"</u>	<u>CANTÙ</u>	<u>5</u>	<u>03/10/2022</u>
<u>"</u>	<u>VIA NAPOLEONA</u>	<u>5</u>	<u>03/10/2022</u>
<u>_____</u>	<u>_____</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) 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 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 _____ di _____.
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): _____;

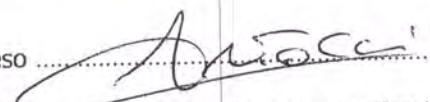
16) ~~di avere~~ / non avere (1) riportato condanne penali;

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

NOTE (2)

.....
.....

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato: a) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento, ai sensi e per gli effetti del Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003; b) del Codice di comportamento aziendale pubblicato sul sito dell'ASST Lariana, del quale ha preso visione ai sensi dell'art. 1 c. 4 dell'A.C.N. 31.3.2020 e ss.mm.ii. e dell'art. 54 del D.Lgs. n. 165/2001.

Data 03/10/22 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

- 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 Clout

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 UFFICIALE

0014011

03/03/2022 - INGRESSO

Classifiche: RI

All'A.S.S.T. Lariana

Como

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto ELISA COPPOLA, nato a PAVIA (prov. PV)
 il 02/02/20 M 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

dal

CARDIOLOGIA

VIRIANO COSENSE

7

05/02

CARDIOLOGIA

OLGATE CORASCO

16

05/02

2) ~~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) ~~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 ~~essere~~ / 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 _____ 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 20/02/22 Firma per esteso F. M. 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 DPR 445/2000).

(1) cancellare la parte che non interessa

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

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 Coppe

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 UFFICIALE
0023545
29/03/2024 - INGRESSO
Classifiche: RI

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

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto CUGNO GARDANO ANTONELLA, nato a CIALIATE (prov. VA)
il 13/09/87 M FS

- 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 e ss.mm. 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>ODONTOIATRIA</u>	<u>CASA DI COMUNITA' PONTE VAMBRO</u>	<u>7</u>
<u>ODONTOIATRIA</u>	<u>CASA DI COMUNITA' CANTO</u>	<u>7</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 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 del _____ 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: a) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento, ai sensi e per gli effetti del Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003; b) del Codice di comportamento aziendale pubblicato sul sito dell'ASST Lariana, del quale ha preso visione ai sensi dell'art. 1 c. 4 dell'A.C.N. 31.3.2020 e ss.mm.ii. e dell'art. 54 del D.Lgs. n. 165/2001.

Data 29/3/24 Firma per esteso Gi. Joma Antkull

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 DAMBROSIO PAOLA MARIA, nato a SALERNO (prov. SA)
il 06/05/94 M F 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 e ss.mm. 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>ODONTOLATRIA</u>	<u>ASSI LARIANA</u>	<u>4 ore del 14/11/23</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: a) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento, ai sensi e per gli effetti del Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003; b) del Codice di comportamento aziendale pubblicato sul sito dell'ASST Lariana, del quale ha preso visione ai sensi dell'art. 1 c. 4 dell'A.C.N. 31.3.2020 e ss.mm.ii. e dell'art. 54 del D.Lgs. n. 165/2001.

Data 16/11/2023 Firma per esteso Roberto D'Amico

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 RAMONA DI BERNARDO, nato a VARESE (prov. VA)
il 22/12/1983 M EX

- 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>CARDIOLOGIA</u>	<u>COMO VIA NAPOLEONA / LOMAZZO / OLGIATE COMASCO</u>	<u>30</u>	<u>04/07/2022</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: a) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento, ai sensi e per gli effetti del Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003; b) del Codice di comportamento aziendale pubblicato sul sito dell'ASST Lariana, del quale ha preso visione ai sensi dell'art. 1 c. 4 dell'A.C.N. 31.3.2020 e ss.mm.ii. e dell'art. 54 del D.Lgs. n. 165/2001.

Data 31/07/2022 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 LUCIANA GABRIELLA FLORIS, nato a TERZU (prov. NU)
il 23/01/1960, F 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 e ss.mm. 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>Psicologia</u>	<u>SSD ospedale S Anna</u>	<u>30</u>
	<u>Via Napoleone 60</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'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 Psicologi di RICIANO.
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: a) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento, ai sensi e per gli effetti del Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003; b) del Codice di comportamento aziendale pubblicato sul sito dell'ASST Lariana, del quale ha preso visione ai sensi dell'art. 1 c. 4 dell'A.C.N. 31.3.2020 e ss.mm.ii. e dell'art. 54 del D.Lgs. n. 165/2001.

Data 5/05/2023 Firma per esteso Luciano Gebiella Flori

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
" "	LOMATO	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.

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto DR. GAFURI 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>ODONTIATRIA</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 _____);

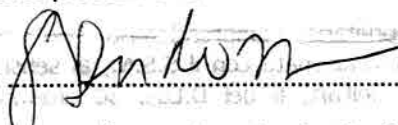
15) di ~~essere~~ / non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei _____ di _____.
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): _____;

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.

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

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto CLEMENTE GILIO, nato a BENEVENTO (prov. B.N.)
il 06/05/1992 M F 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
<u>DIABETOLOGIA</u>	<u>ASST LARIANA</u>	<u>30 ORE</u>	<u>09/01/2023</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): _____;

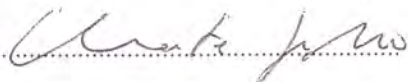
16) di ~~avere~~/non avere (1) riportato condanne penali;

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

NOTE (2)

.....
.....
.....
Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato: a) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento, ai sensi e per gli effetti del Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003; b) del Codice di comportamento aziendale pubblicato sul sito dell'ASST Lariana, del quale ha preso visione ai sensi dell'art. 1 c. 4 dell'A.C.N. 31.3.2020 e ss.mm.ii. e dell'art. 54 del D.Lgs. n. 165/2001.

Data 09/01/23.....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 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 4/10/20 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 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 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~~ / ^{non 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>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. SANNA 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 SALVATORE IENNOLO, nato a NOCERA INF. (prov. SA)
il 3/12/81 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>REI/ANATOLOGIA</u>	<u>POLIAMBULATORIO VIA NAPOLEONE COMO</u>	<u>15</u>	<u>1/12/2021</u>
<u>REI/ANATOLOGIA</u>	<u>POLIAMBULATORIO VIA NAPOLEONE COMO</u>	<u>7</u>	<u>12/9/2021</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'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: a) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento, ai sensi e per gli effetti del Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003; b) del Codice di comportamento aziendale pubblicato sul sito dell'ASST Lariana, del quale ha preso visione ai sensi dell'art. 1 c. 4 dell'A.C.N. 31.3.2020 e ss.mm.ii. e dell'art. 54 del D.Lgs. n. 165/2001

Data 12/9/2022 Firma per esteso [firma]

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 DANIELA GENNA, nata a MESSINA (prov. ME)
il 27.1.1975 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	dal
<u>Oculistica</u>	<u>POLICLINICO DI VIA NAPOLITANA 60</u>	<u>23</u>	<u>10.1.2022</u>
	<u>POLICLINICO DI CURIE</u>	<u>15</u>	<u>18.3.2018</u>
	<u>COMASO</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 _____);

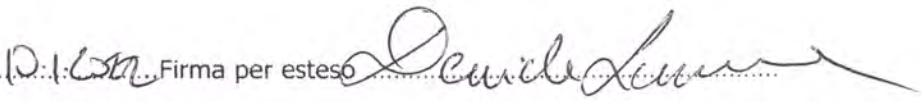
15) di ~~essere~~/non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei _____ di _____.
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): _____;

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......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 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 LOVATI SILVIA....., nato a MILANO..... (prov. MI)
il 10.10.21..... M FX 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 e ss.mm. 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>DERMATOLOGIA</u>	<u>ASST LARIANA (CASA DI COMUNITA NAPOLEONE e CONO - POLIAmbulatorio di LOZZO - P.O. MENAGGIO)</u>	<u>28 ore/settimanale dal 05.06.23</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 beneficino 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: a) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento, ai sensi e per gli effetti del Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003; b) del Codice di comportamento aziendale pubblicato sul sito dell'ASST Lariana, del quale ha preso visione ai sensi dell'art. 1 c. 4 dell'A.C.N. 31.3.2020 e ss.mm.ii. e dell'art. 54 del D.Lgs. n. 165/2001.

Data 05.06.23 Firma per esteso Silvia Jovati

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 LUZZANA CRISTINA, nato a MILANO (prov.....)
il 06.11.1970 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
<u>ALLENCOLOGIA</u>	<u>VIA NARBONNA OLGIATE</u>	<u>2P</u>	<u>8/3/2022</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: a) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento, ai sensi e per gli effetti del Reg. UE 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003; b) del Codice di comportamento aziendale pubblicato sul sito dell'ASST Lariana, del quale ha preso visione ai sensi dell'art. 1 c. 4 dell'A.C.N. 31.3.2020 e ss.mm.ii. e dell'art. 54 del D.Lgs. n. 165/2001.

Data 8/3/2022 Firma per esteso Antonio Duraccio

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.