

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto dr. MADIA ALDO EVOLUZIONI nato a MILANO (prov. MI)
il 15/11/1967 ME

- 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>PSICHIATRIA</u>	<u>EPS A PIANO EVOLUZIONI</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'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 14/3/2024 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 ANNA MAFFIA nato a GRAVEDONA (prov. CO)
il 21/02/1982 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>OCULISTICA</u>	<u>OSPEDALE MENAGGIO</u>	<u>28</u>	<u>16/11/22</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 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 ~~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 15/12/22 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 DR.SSA ENZA TANISCALEO, nato a BECCOMO (prov. BC)
il 29/07/1962 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>ODONTOIATRIA</u>	<u>CASA di COMUNITA' ASST LARIANA</u> <u>VIA NAPOLEONA</u>	<u>38</u>	<u>20/03/2023</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) 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 20/03/2023 Firma per esteso Ezio Mauriello

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 MARELLI MARIA ANTONIA, nato a MEDA
(prov. MB) il 07.09.1957 M R

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.

DICHARA

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 pediatrica 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 MEDICI CHIRURGHI di MONZA.
*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 15/5/17 Firma per esteso Maria Antonia Macci

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.

ASST Lariana Direzione Amministrativa Attività Cliniche del Territorio 08 SET 2017 Ricevuto il _____ Reg. N. _____

(ALLEGATO B)
modificato dall'ASST Lariana

All'A.S.S.T. Lariana

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto MARCO MARTINELLI nato a COIRO
(prov. LC) il 15.05.1956 M F

di 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

DICHIARA

1) ☒ di essere cittadino italiano;

1a) ☐ di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE
(specificare).....

2) ☒ di possedere il diploma di laurea (DL) ☐ la laurea specialistica (L.S.) della classe corrispondente in MEDICINA E CHIRURGIA
(medicina e chirurgia - odontoiatria e protesi dentaria - medicina veterinaria - biologia - chimica - psicologia):

2a) diploma di laurea con voto .. 82/110 ☐ senza lode ☐ con lode, conseguito presso l'Università di PAVIA in data ..

2b) laurea specialistica/magistrale con voto/100 ☐ senza lode ☐ con lode conseguita presso l'Università di in data/...../.....;

3) di essere abilitato all'esercizio della professione di MEDICO CHIRURGO ODONTOMEDICO (medico chirurgo - odontoiatra - medico veterinario - biologo - chimico - psicologo) nella sessione 1983/1 presso l'Università di PAVIA

4) di essere iscritto all'Albo professionale dei/degli MEDICI ODONTOIATRI (medici chirurghi - odontoiatri - veterinari - biologi - chimici - psicologi) presso l'Ordine provinciale/regionale di COIRO dal 24-03-1983 MEDICO
22-10-1988 ODONTOIATRA

4a) di essere in possesso delle seguenti specializzazioni in

4b)..... conseguita il...../...../.....
presso l'Università di.....con voto..... ☐ senza lode ☐ con lode;

4c)..... conseguita il...../...../.....
presso l'Università di.....con voto..... ☐ senza lode ☐ con lode;

4d)..... conseguita il...../...../.....
presso l'Università di.....con voto..... ☐ senza lode ☐ con lode;

4e)..... conseguita il...../...../.....
presso l'Università di.....con voto..... ☐ senza lode ☐ con lode;

5) 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;

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

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

8) di avere svolto e di svolgere la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale, come sostituto, incaricato provvisorio o incaricato a tempo determinato/indeterminato (*) (indicare il servizio svolto fino a tutt'oggi):

Branca specialistica o Area professionale	presso(2)	n. ore	dal	al	tipologia(*)
CONTABILITÀ	P.S.T. LABANA	23	01/12/2005	INT. 0.661	INDETERMINATO
"	"	24,5	01/08/2005	30-11-2006	DETERMINATO
"	"	18,5	21/08/2006	31-07-2007	"
"	"	15,5	01/05/2007	31-07-2009	"
"	"	11	01/04/2001	30-04-2001	"

9) 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;

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

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

12) 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;

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

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

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

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

17) 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 _____);

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

19) 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 _____);

20) 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;

21) 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;

22) 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 _____);

23) 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): _____

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

25) 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 _____);

26) di impegnarsi, in caso di assegnazione di incarico, a rimuovere preventivamente ogni situazione di incompatibilità presente e futura, prevista dal vigente A.C.N. 17.12.2015.

NOTE (3)

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

Data 24/12/2015 Firma per esteso M. Tullio M. S.

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).

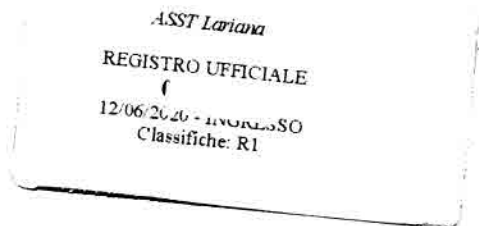
Firma apposta alla presenza di _____
con identificazione del dichiarante mediante _____
Il funzionario _____

(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 vigente, relative alle modificazioni intervenute nello stato professionale.



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

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto MATTEVCCI PATRIZIO MARIA nato a OSIMO (prov. AN)
il 14/11/1960 MK 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 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 svolgere attualmente la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale (ACN 31.3.2020) **a tempo indeterminato** / ~~temporaneo~~ (1):

Branca specialistica o Area professionale	presso	n. ore	dal
<u>PSICOLOGIA-PSICOTERAPIA</u>	<u>CPS-COMO</u>	<u>30</u>	<u>1/5/1989 A TUTT'OGGI</u>
<u>PSICOLOGIA-BIOTERAPIA</u>	<u>SERT-COMO</u>	<u>8</u>	<u>1/6/2020 A TUTT'OGGI</u>
.....
.....

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

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

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

17) di ~~XXXXXX~~ / 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.

ASST LARIANA
Specialistica Ambulatoriale Convenzionata
Specialità: Psicologo - Psicoterapeuta
Dr. Patrizio Maria Matteucci
C.F. MTTPRZ60A14G157X

Data 9/6/2020 Firma per esteso Patrizio Maria Matteucci

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 MAURI, nato a ROMA
(prov. RM) il 4.5.1965 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
DIABETOLOGIA	ASST LARIANA	38	15/3/2011
.....
.....
.....

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

NOTE (3)

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

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

Data 15/5/2017 Firma per esteso Chirrollo

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.....MARIA MAZZARONI....., nato a.....NAROY.....(prov. NA)
il.....11/11/1985..... M FX.....

- ai sensi e agli effetti dell'art. 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R. ai fini dell'aggiornamento dello schedario;
- consapevole che ai sensi dell'art. 27 comma 3, dell'ACN 31.3.2020 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>Psicologo</u>	<u>ASST LARIANO</u>	<u>8</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 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 18/3/25 Firma per esteso Maria Lugarella

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 RAFFAELLA HAZZONI, nato a COMO (prov. CO)
il 03/09/1968 M FX

- ai sensi e agli effetti dell'art. 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R. ai fini dell'aggiornamento dello schedario;
- consapevole che ai sensi dell'art. 27 comma 3, dell'ACN 4.4.2024 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 4.4.2024) **a tempo indeterminato/determinato**(1):

Branca specialistica o Area professionale	presso	n. ore
<u>ODONTOIATRIA</u>	<u>CASA DI COORDINATA NAPOLEONA COMO</u>	<u>10</u>
<u>ODONTOIATRIA</u>	<u>OSPEDALE M. HENRIQ. CO</u>	<u>6</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 4.4.2024 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. 4.4.2024 e dell'art. 54 del D.Lgs. n. 165/2001.

Data 15/08/2024 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 MEOLA LUCIA nato a BENEVENTO
(prov. Bn) il 28.10.1979 M.R.

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

DICHIARA

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

Branca specialistica o

Area professionale

presso(2)

n. ore

dal

<u>PSICOLOGO</u>	<u>ASST-LARIANA</u>	<u>30</u>	<u>2011 a giugno 2016</u>
<u>PSICOLOGO</u>	<u>ASST-LARIANA</u>	<u>23</u>	<u>da luglio 2016 a giugno 2019</u>
<u>PSICOLOGO</u>	<u>ASST-VALELLINA</u>	<u>15</u>	<u>da luglio 2016 a giugno 2019</u>
<u>PSICOLOGO</u>	<u>ASST-LARIANA</u>	<u>38</u>	<u>da luglio 2019 ed off</u>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NOTE (3)

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

Data 04.11.2019 Firma per esteso Lucio Lucola

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 Marco Honorio nato a Saronno (prov. MI)
il 12/12/68 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

Odontoiatria

1557 Lariano

10

3/4/23

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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 non~~ / 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 03/12/23 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 MOCLA FEDERICA nato a TORINO
(prov. TO) il 13-07-80 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
DERMATOLOGIA	COMO - Via Napoleona	15	01-06-2016
DERMATOLOGIA	CANTÙ - Polambulatorio	10	01-06-2016
(precedentemente svolta a tempo determinato come da documentazione in vostro possesso)			

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

6) di ~~essere~~ / non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, amministratore, amministratore delegato, amministratore unico, 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. 9 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 ~~svolgere~~ / 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 ~~_____~~/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 ~~_____~~/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 ~~_____~~/non avere (1) riportato condanne penali e di ~~avere~~/non avere (1) procedimenti penali pendenti;

21) di ~~_____~~/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 28/4/17 Firma per esteso 

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

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

(1) cancellare la parte che non interessa

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

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

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

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto OLDANI ANDREA, nato a MILANO
(prov. MI) il 12-05-1966 M F

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

DICHIARA

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

Branca specialistica o Area professionale	presso(2)	n. ore	dal
<u>OCULISTICA</u>	<u>DU ARBUSTATOLO LOTARO</u>	<u>18</u>	<u>01-01-2009</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 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 medici CHIRURGICI di MILANO.
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): _____;

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

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

NOTE (3)

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

Data 08/05/17 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 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.....ORZINA ANTONIA PAULINA....., nato a.....GALLARATE.....(prov. VA)
il.....06/04/1988.....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

ODONTIATRA

ASST. LARIANA

20 h netti mensili

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

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

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

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

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

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

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

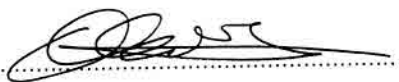
16) di ~~essere~~/non avere (1) riportato condanne penali;

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

NOTE (2)

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

Data 15/04/2021 Firma per esteso



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

(1) cancellare la parte che non interessa

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

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto PALMAS M. CRISTINA, nato a IGLESIAS (prov. CA)
il 30/03/1963 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 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>OCULISTICA</u>	<u>ASST LARIANA</u>	<u>28</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 21/9/2023 Firma per esteso Monsieur Calus

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 PALAMATO G. A. G. R. nato a Vico
(prov. XX) il 05/06/1962 M_F M

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

O. R. L.

ASST Valtellina

4.30

O. M.

ASST LA VARE

33.30

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NOTE (3)

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

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

Data 06/11/2018 Firma per esteso P. B.

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 PARISI ASARO PAOLA, nato a ERICE (prov. TP)
il 20/06/1971 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 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 VALTELLINA E ALTO LARIO</u>	<u>31,5</u>
<u>ODONTOIATRIA</u>	<u>ASST LARIANA</u>	<u>6</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 _____ 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 1/12/2023 Firma per esteso *Paola Perini Arano*

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 PAOLO SERGIO PAUONE, nato a MILANO (prov. MI)
il 06/11/1957 (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 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>P.O. MENAGGIO</u>	<u>36</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) MEDICO SPECIALISTA AIBULATONALE TITOLARE DI
INCARICO A TEMPO INDETERMINATO DAL 01/03/1983

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 15/01/2024. 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 PIETRONI CRISTINA nato a COMO (prov. CO)
il 21.06.23 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 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>OPFTALMOLOGIA</u>	<u>AMBULATORIO</u>	<u>17</u>
	<u>CANTU'</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 _____ di _____.
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): _____;

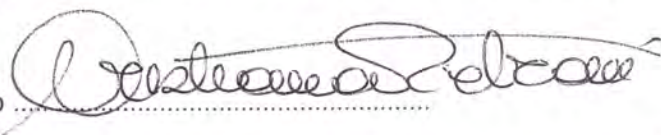
16) ~~di avere~~/non avere (1) riportato condanne penali;

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 11/01/24 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 MARCO P. IFSRU, nato a CANTÙ
(prov. CO.) il 14-07-1962 RF

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

DICHIARA

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

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

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

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

Branca specialistica o

Area professionale presso (2)

n. ore dal

ODONTOIATRIA OSP. S. ANNA
Via Napoleone

10

1990

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 sanzioni e, 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 6/11/19 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.F.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.

A.S.S.T. Lariana	
Direzione Amministrativa	
Attività	del Territorio
17 GIU 2017	
Ricevuto il	_____
Reg. n.	_____

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

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto Dott. GIANFRANCO PRADA nato a COMO
(prov. CO) il 21/01/64 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

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 ^{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>ODONTOIATRIA</u>	<u>POLICLINICO PONTE LAMBRO</u>	<u>10</u>	<u>1988</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 farmaci 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 15/9/17 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.

ASST Lariana
 Direzione Amministrativa
 Attività Cliniche del Territorio

24 MAG 2016

Ricevuto il _____
 Reg. N. _____

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

All'A.S.S.T. Lariana

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto LOMMAJA PROVENZANO, nato a LECCE
 (prov. LE) il 16/05/1970 M FX

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

DICHIARA

1) ☒ di essere cittadino italiano;

1a) ☐ di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE
 (specificare).....

2) ☒ di possedere il diploma di laurea (DL) ☐ la laurea specialistica (LS) della classe corrispondente in PSICOLOGIA
 (medicina e chirurgia - odontoiatria e protesi dentaria - medicina veterinaria - biologia - chimica - psicologia):

2a) diploma di laurea con voto 110 ☐ senza lode ☐ con lode, conseguito presso l'Università di LA SAPIENZA in data

2b) laurea specialistica/magistrale con voto/100 ☐ senza lode ☐ con lode conseguita presso l'Università di in data/...../.....;

3) di essere abilitato all'esercizio della professione di PSICOLOGO (medico chirurgo - odontoiatra - medico veterinario - biologo - chimico - psicologo) nella sessione NOVEMBRE presso l'Università di LA SAPIENZA;

4) di essere iscritto all'Albo professionale dei/degli PSICOLOGI (medici chirurghi - odontoiatri - veterinari - biologi - chimici - psicologi) presso l'Ordine provinciale/regionale di CALIO dal 13/12/1999;

4a) di essere in possesso delle seguenti specializzazioni in:

4b) PSICOLOGIA conseguita il...../...../.....
presso l'Università di IACP FIRENZE con voto..... ☐ senza lode ☐ con lode;

4c)..... conseguita il...../...../.....
presso l'Università di..... con voto..... ☐ senza lode ☐ con lode;

4d)..... conseguita il...../...../.....
presso l'Università di..... con voto..... ☐ senza lode ☐ con lode;

4e)..... conseguita il...../...../.....
presso l'Università di..... con voto..... ☐ senza lode ☐ con lode;

5) 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;

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

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

8) di avere svolto e di svolgere la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale, come sostituto, incaricato provvisorio o incaricato a tempo determinato/indeterminato (*) (indicare il servizio svolto fino a tutt'oggi):

Branca specialistica o Area professionale	presso(2)	n. ore	dal	al	tipologia(*)
PSICOLOGIA	PTAJS	24	2006	2008	DETERMINATO
PSICOLOGIA	PTAJS	30	2008	2011	INDETERMINATO
PSICOLOGIA	NUOVO SPA	30	2011	TUTTOGGI	INDETERMINATO
E SARI FINO MARZO 2015					

9) ~~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;

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

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

12) ~~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;

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

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

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

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

17) ~~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 _____);

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

19) ~~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 _____);

20) ~~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;

21) ~~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;

22) ~~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 _____);

23) ~~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): _____ ;

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

25) ~~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 26/05/16 Firma per esteso Tommaso Pizzinatti

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 vigente, relative alle modificazioni intervenute nello stato professionale.

Direzione Amministrativa
 Attività Anagrafiche del Territorio
 06 MAR 2019
 Ricevuto il _____
 Reg. N. _____

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

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto Raffaele Ranello, nato a Como
 (prov. CO) il 29/4/72 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

Urologia

OLGIATE/NAP/
LOTTO

31

dal 7/1/19

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): _____;

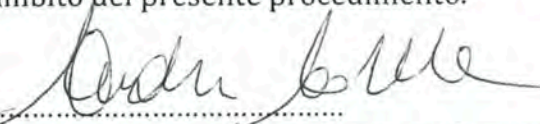
20) di avere/non avere (1) riportato condanne penali e di avere/non avere (1) procedimenti penali pendenti;

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 27/2/19 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 Dr. RAVAZZI ANTONIO nato a COMO
(prov. CO) il 16-7-56 M^o F^a

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
ALLERGLOGIA	COMO VIA NAPOLEONA	30,5	1988
ALLERGLOGIA	PONTELAMBRO VIA VERDI	7,5	1989

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 MEICI di COMO.
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): AVVERTIMENTO 2012 _____;

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 28-9-08 Firma per esteso M. Raimi

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 LISA REFFO, nato a LIMBIATE (prov. LC)
il 24.01.1972 M. FX

- ai sensi e agli effetti dell'art. 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R. ai fini dell'aggiornamento dello schedario;
- consapevole che ai sensi dell'art. 27 comma 3, dell'ACN 4.4.2024 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 4.4.2024) a tempo ~~determinato~~ **indeterminato** (1):

Branca specialistica o Area professionale	presso	n. ore	dal
<u>PSICOLOGIA</u>	<u>ASST LARIANA - CPS</u>	<u>3</u>	<u>3.12.24</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 4.4.2024 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'ACN. 4.4.2024 e dell'art. 54 del D.Lgs. n. 165/2001.

Data 5/01/25 Firma per esteso loffo

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.....RIPEPI OSCAR....., nato a.....REGGIO CALABRIA.....(prov.....RC)
il.....13/02/1986.....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
CARDIOLOGIA	POLIAMBULATORIO CC NAPOLEONA	19
CARDIOLOGIA	POLIAMBULATORIO CC OLGiate	8
CARDIOLOGIA	POLIAMBULATORIO CC LOMAZZO	7

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 12/02/2024 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

La sottoscritta Dott.ssa Loredana Rivolta, nata a Monza (prov. M.B.) il 11/01/1971 (F)

- ai sensi ed agli effetti dell'art. 47, del 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 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 attività come medico specialista nella branca specialistica di Allergologia (ACN 31.3.2020) a tempo indeterminato presso:

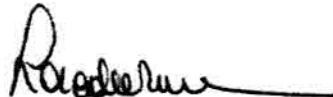
ASST Lariana

Mariano Comense 6.5 ore

Olgiate Comasco 8 ore

Cantù 5.5 ore

Poliambulatorio di Via Napoleona 15 ore



2. non essere titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale;
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 essere titolare o compartecipe di quote di imprese, anche di fatto, che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;

5. di non svolgere attività di medico di medicina generale e di pediatra di libera scelta
6. di non essere titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale;
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 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;
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, comma 5, 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 non fruire di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente. Tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni delle "quote A e B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM e degli altri enti previdenziali, ove previsto o che fruiscono dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP)
14. di non avere subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale;
15. di non essere soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei Medici Chirurghi di Monza e Brianza;
16. di non avere riportato condanne penali
17. di non avere procedimenti penali pendenti;

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 14.10.2020

Firma

A handwritten signature in black ink, appearing to be "Bedarui" or similar, written in a cursive style.

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).

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto MARIA VITTORIA ROSSI, nato a PERNÈ (prov. PE)
il 30/04/1986 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 4.4.2024 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 4.4.2024) **a tempo indeterminato/determinato**(1):

Branca specialistica o Area professionale	presso	n. ore	dal
<u>CLAUSTRAMBULATORIALE COLOGO PSICOTERAPISTA</u>	<u>ASST - LARIANA</u>	<u>21</u>	<u>14/10/2024</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 4.4.2024 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 _____);

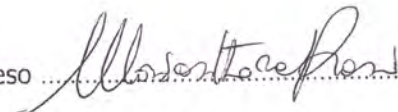
15) ~~di essere~~/non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei _____ di _____.
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): _____;

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. 4.4.2024 e dell'art. 54 del D.Lgs. n. 165/2001.

Data 14/10/2024..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 ANGELO RUFFINO, nato a CATANIA (prov. CT)
Il 02/05/1984 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 4.4.2024 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 4.4.2024) a tempo indeterminato/determinato(1):

Branca specialistica o Area professionale	presso	n. ore	dal
<u>ODONTOIATRIA</u>	<u>CASA DI COMUNITA' CANTU'</u>	<u>5</u>	<u>18/11/2024</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 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 forfetariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al S.S.N. e

che non adottino le clausole economiche dell'ACN 4.4.2024 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 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. 4.4.2024 e dell'art. 54 del D.Lgs. n. 165/2001.

Data 18/11/2024 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..... Alberto Schiera....., nato a..... Lecco.....(prov. LC...)
il..... 23/09/1966.....M XF___

- 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
Dermatologia	ASST LARIANA	30,0
.....
.....
.....
.....

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 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 5 luglio 2021 Firma per esteso

Alcino Sclun

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

ASST Lariana

REGISTRO UFFICIALE

0060619

20 10 2021 - INGRESSO

Classifiche: R1

Il sottoscritto Debora SORAGNA....., nato a Milano.....(prov.)
il 07-07-1966 M E 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.;
- 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
Neurologia	ICP Milano	9	mar. 2009	ago. 2014
Neurologia	ASST Lariana	11	gen. 2009	ago. 2011
Neurologia	ASST Lariana	14	set. 2011	ago. 2014
Neurologia	ASST Lariana	28	set. 2014	14-06-2016
Neurologia	ASST Lariana	32	15-06-2016	14-07-2019
Neurologia	ASST Lariana	34	15-07-2019	10-10-2021
Neurologia	ASST Lariana	38	11-10-2021	oggi

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);

14) di ~~svolgere~~ / non svolgere (1) attività libero professionale fatto salvo quanto previsto dall'art. 42 dell'ACN 31.3.2020 (libera professione intra-moenia).

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 20-10-2021. Firma per esteso 

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

(1) cancellare la parte che non interessa

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

All'A.S.S.T. Lariana

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto SOSTERO VALERIO, nato a MILANO (prov. MI)
il 13.08.65 MX 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.,

DICHIARA

1) di ~~non svolgere~~ / svolgere **attualmente**, attività come medico specialista/ altro professionista ai sensi dell'A.C.N. 31.3.2020, come sostituto, incaricato provvisorio, o incaricato a tempo determinato o indeterminato:

Branca specialistica o
Area professionale

presso(2)

n. ore settimanali

tipologia incarico

ODONTOIATRIA

ASST LARIANA LOZZO

15 H

SPECIALISTA AMBULATORIALE

ODONTOIATRIA

ASST LARIANA LOZZO

4,5 H

COV INCARICO A TEMPO
INDETERMINATO

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 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 ~~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 indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);

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

8) di ~~essere~~ / 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;

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

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

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

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

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

14) di ~~essere~~ / non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'A.C.N. 30.3.2020 (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 ODONTOLATRI di VARESE.
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): _____;

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

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

18) **di impegnarsi a rimuovere preventivamente ogni situazione di incompatibilità, che deve essere risolta all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso.**

NOTE (3)

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 10/11/23 Firma per esteso _____
ASST Lariana
Specialistica Ambulatoriale Convenzionata
Specialista Odontoiatra
C.F. SSTVL65M13F20
Matr. 60307

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

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) Azienda Sanitaria o Istituzione Pubblica che applica le norme dell'A.C.N. degli specialisti ambulatoriali, veterinari e altre professionalità

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

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto PAOLO STIVAL, nato a UDINE (prov. UD)
il 25/06/1961 ☒ 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 4.4.2024 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 4.4.2024) **a tempo indeterminato** / ~~determinato~~ (1):

Branca specialistica o Area professionale	presso	n. ore
<u>ORL</u>	<u>CASA COMUNITA' PONTE LAMBRO</u>	<u>15</u>
<u>ORL</u>	<u>CASA COMUNITA' MARIANO C.S.E.</u>	<u>11</u>
<u>ORL</u>	<u>CASA COMUNITA' OLGIATE COMASCO</u>	<u>4</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 4.4.2024 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 _____);

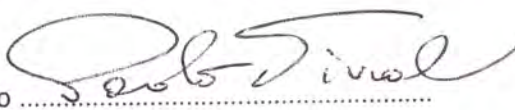
15) di ~~essere~~/non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei _____ di _____.
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): _____;

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: 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. 4.4.2024 e dell'art. 54 del D.Lgs. n. 165/2001.

Data 11/11/24 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 STURNIOLO GIACOMO, nato a VESSINA
(prov. VB il 16/10/80 MX F Codice Fiscale.

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

DICHIARA

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

Branca specialistica o Area professionale	presso(2)	n. ore	dal
<u>DIABETOLOGIA</u>	<u>ASST-LEGNANO</u>	<u>35</u>	<u>11/11/19</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;

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 20/11/19 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 D.P.R. 445/2000).

Firma apposta alla presenza di [firma]
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 CHIARA TANZI, nato a Como (prov. CO)
il 22/03/1977 M_F_X

- ai sensi e agli effetti dell'art. 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R. ai fini dell'aggiornamento dello schedario;
- consapevole che ai sensi dell'art. 27 comma 3, dell'ACN 31.3.2020 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</u>	<u>20 ORE SET.</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 MEDICI di godo.
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 13.02.24 Firma per esteso Chiara Tassi

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

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto TENTORIO NATASCIA, nato a COMO
(prov. CC) il 03.02.1974 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

DICHIARA

1) ☒ di essere cittadino italiano;

1a) ☐ di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE
(specificare).....

2) ☒ di possedere il diploma di laurea (DL) ☐ la laurea specialistica (LS) della classe
corrispondente in ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA
(medicina e chirurgia - odontoiatria e protesi dentaria - medicina veterinaria - biologia -
chimica - psicologia):

2a) diploma di laurea con voto, ☐ senza lode ☐ con lode, conseguito presso
l'Università di MILANO in data...

2b) laurea specialistica/magistrale con voto/100 ☐ senza lode ☐ con lode
conseguita presso l'Università di..... in data...../...../.....;

3) di essere abilitato all'esercizio della professione di ODONTOIATRA (medico
chirurgo - odontoiatra - medico veterinario - biologo - chimico - psicologo) nella
sessione NOVEMBRE 2005 presso l'Università di MILANO;

4) di essere iscritto all'Albo professionale dei/degli ODONTOIATRI (medici
chirurghi - odontoiatri - veterinari - biologi - chimici - psicologi) presso l'Ordine
provinciale/regionale di COMO dal 26.01.2006;

4a) di essere in possesso delle seguenti specializzazioni in:

4b)..... conseguita il...../...../.....
presso l'Università di.....con voto.....☐ senza lode ☐ con lode;

4c)..... conseguita il...../...../.....
presso l'Università di.....con voto.....☐ senza lode ☐ con lode;

4d)..... conseguita il...../...../.....
presso l'Università di.....con voto.....☐ senza lode ☐ con lode;

4e)..... conseguita il...../...../.....
presso l'Università di.....con voto.....☐ senza lode ☐ con lode;

5) 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;

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

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

8) di avere svolto e di svolgere la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale, come sostituto, incaricato provvisorio o incaricato a tempo determinato/indeterminato (*) (indicare il servizio svolto fino a tutt'oggi):

(*) ~~ATTIVITA' ODONTOLATICA~~ PRESSO IL MIO STUDIO PRIVATO DAL 2006 AD OGGI.

Branca specialistica o

Area professionale	presso(2)	n. ore	dal 2007 al 2015	tipologia(*)	ATTIVITA' SVOLTA UNICAMENTE PRESSO HSA (ASST LARIANA)
(*)	2007 = 230,50	2011 = 446	2015 = 901,62		
	2008 = 227	2012 = 331,50			
	2009 = 288	2013 = 737,92			
	2010 = 349	2014 = 663,00			

(*) INCARICO A TEMPO DETERMINATO 20 H SETTIMANALI IN UNO
INCARICO A TEMPO DETERMINATO 2,5 H SETTIMANALI POLI' LOMBARDO

9) 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;

(CESSA DAL 15.05.2016 PER PASSAGGIO A TEMPO INDETERMINATO)

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

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

12) 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;

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

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

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

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

17) 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 _____);

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

19) 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 _____);

20) 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;

21) 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;

22) 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 _____);

23) 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): _____;

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

25) 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 03.05.2016 Firma per esteso *Adasucchi*

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 vigente, relative alle modificazioni intervenute nello stato professionale.

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto MARIA MADDALENA TERPIN, nato a GORIZIA (prov. GO)
il 08.09.1960 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 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>GASTROENTEROLOGIA</u>	<u>ASST LARIANA</u>	<u>12</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 _____);

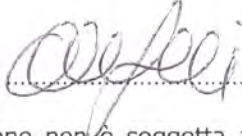
15) di ~~essere~~/non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei _____ di _____.
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): _____;

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 12/3/23 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.....TERRANEO CLOTILDE....., nato a.....LECCO.....
(prov.....) il.....5-8-1976.....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

CARDIOLOGIA	OSPEDALE MARIANO COMENSE	32 A TEMPO INDETERMINATO	7/1/2019
.....
.....
.....

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NOTE (3)

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

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

Data 14/1/2019 Firma per esteso Clotilde Zemanec

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 VALERIA TORCHIA, nato a COMO (prov. CO)
il 14.04.1984 M FX

- ai sensi e agli effetti dell'art. 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R. ai fini dell'aggiornamento dello schedario;
- consapevole che ai sensi dell'art. 27 comma 3, dell'ACN 4.4.2024 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 4.4.2024) **a tempo indeterminato/determinato** (1):

Branca specialistica o Area professionale	presso	n. ore
<u>ODONTOIATRIA PEDIATRICA</u>	<u>P.O. SAN FERMO</u>	<u>5</u>
<u></u>	<u>DELLA BATTAGLIA</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) 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 4.4.2024 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. 4.4.2024 e dell'art. 54 del D.Lgs. n. 165/2001.

Data 17/9/2024. Firma per esteso Valerio Turchio

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 TUPATI, JAMUELA nato a COMO (prov. CO)
il 23/09/1980 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>PSICOLOGO</u>	<u>ASST LARIANA</u>	<u>17,5</u>	<u>28.09.2021</u>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

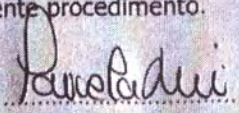
15) di ~~essere~~/non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale del _____ di _____.
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): _____;

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, 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 28.09.2021 Firma per esteso 

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

(1) cancellare la parte che non interessa

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

ASST Lariana Direzione Amministrativa Attività Cliniche del Territorio 11 MAG 2017 Ricevuto il _____ Reg. N. _____

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

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto VACCARI LAURA, nato a MILANO
 (prov. MI) il 11-07-1959 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>ALLERGIA</u>	<u>ASST LARIANA</u>	<u>33</u>	<u>1/4/2010</u>
	<u>(POLIAMB. DI COMAZZO)</u>		<u>(data dell'ultimo</u>
			<u>ampliamento</u>
			<u>orario)</u>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NOTE (3)

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

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

Data 3/5/2017 Firma per esteso Luigi Locca'

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 CHIARA VAILATI, nato a CANTÙ (prov. CO)
il 11/07/1993 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 4.4.2024 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 4.4.2024) a tempo indeterminato/determinato(1):

Branca specialistica o Area professionale	presso	n. ore
<u>PSICOLOGIA</u>	<u>ASST- LARIANA - LAB.</u>	<u>14</u>
<u>NEUROPSICOLOGIA</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 4.4.2024 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. 4.4.2024 e dell'art. 54 del D.Lgs. n. 165/2001.

Data 2/9/24 Firma per esteso Elvira Valoti

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 VALLE VINCENZO, nato a COMO
(prov. CO) il 22/05/1957 ~~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

FISIATRIA VIA NAPOLEONA 10 01/09/1988

- 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 25/11/19 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 ZAMBORINI IGINIO, nato a Como (prov. CO)
il 06/10/1961 (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>ODONTOIATRIA</u>	<u>INDETERMINATO</u> <u>MENAGGIO OSPEDALE ERRA/REMI</u>	<u>8</u>	<u>02/05/22</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 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 18/05/22 Firma per esteso Dr. Paolo Zamboni

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 CARMELA ZINPARELLI, nato a NAPOLI (prov.)
il 03/07/78 M FX

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

DICHIARA

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

Branca specialistica o Area professionale	presso	n. ore	dal
<u>GERIATRIA</u>	<u>AMB. VIA NAPOLEONA (COMO)</u>	<u>12</u>	<u>16/01/2022</u>
<u>GERIATRIA</u>	<u>AMB. LOMAZZO</u>	<u>8</u>	<u>16/01/22</u>
<u>GERIATRIA</u>	<u>AMB. OLGIATE COMASCO</u>	<u>5</u>	<u>16/01/22</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 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 22/02/22 Firma per esteso Carmela Lincarelli

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.